

Würzburg, 1959

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Komm. Direktor: Professor Dr.med. V. D u b r a u s z k y

PRÄEKLAMPSIE UND EKLAMPSIE
AN DER UNIVERSITÄTS - FRAUENKLINIK - WÜRZBURG
IN DEM ZEITRAUM VOM 1.1.1953-31.12.1957

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät
der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg
zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
vorgelegt von

Klaus Dieter Lick
aus Würzburg

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Würzburg 1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153517_0198

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Komm. Direktor: Professor Dr.med. V. D u b r a u s z k y

PRÄEKLAMPSIE UND EKLAMPSIE
AN DER UNIVERSITÄTS - FRAUENKLINIK - WÜRZBURG
IN DEM ZEITRAUM VOM 1.1.1953-31.12.1957

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät
der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg
zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
vorgelegt von

Klaus Dieter Lick
aus Würzburg

Würzburg 1959

Referent: Professor Dr. med. Karl B u r g e r

Tag der Promotion:

6. 5. 59

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

Meiner Frau gewidmet.

DISPOSITION

=====

	Seite
A. Wesen und Ätiologie der Präeklampsie und Eklampsie	1
I. Theorien über die Entstehung der Toxikose	1
II. Behandlungsmethoden	2
III. Medikamentöse Behandlung	4
B. Kasuistische Zusammenstellung der Fälle von Präeklampsie und Eklampsie an der Universitätsfrauenklinik Würzburg vom 1.1.1953 - 31.12.1957	8
C. Auswertung des Materials, getrennt nach Präeklampsie und Eklampsie	32
1. Häufigkeit der mütterlichen Morbidität	32
2. Zahl der Toxikose-Frauen, die in unsere Schwangerenberatung kamen	34
3. Alter der Patientinnen	34
4. Geburtennummer	35
5. Verhältnis zwischen toxikotisch erkrankten Erst- und Mehrgebärenden	35
6. Verteilung der Toxikoseerkrankten über die Jahre 1953 bis 1957 nach Erst- und Mehrgebärenden	36
7. Jahreszeitliche Verteilung von Prä- und Eklampsie	37
8. Verteilung auf die einzelnen Schwangerschaftsmonate	39
9. Vorkommen von Zwillingschwangerschaften	39
10. Kindliche Mortalität	39
11. Mütterliche Mortalität	40
12. Einfluß der Präeklampsie und Eklampsie auf das kindliche Geburtsgewicht	42
13. Frühgeburtenfrequenz	42
14. Verteilung der Eklampsiefälle auf die einzelnen Geburtsphasen	43
15. Verteilung der einzelnen Toxikosesymptome	44
16. Die Behandlung an unserer Klinik	47
I. Art der Entbindung	47
II. Allgemeine medikamentöse Therapie	47
III. Hypotensiv-sedative Therapie	48
17. Entlassungsbefunde und weiteres Schicksal der an Präeklampsie und Eklampsie erkrankten Patientinnen	49
18. Obduktionsbefunde	49
D. Zusammenfassung der statistischen Erhebungen über die im Zeitraum vom 1.1.1953 - 31.12.1957 wegen Präeklampsie und Eklampsie behandelten Patientinnen	50
E. Folgerungen bezüglich Prophylaxe und Therapie der Präeklampsie und Eklampsie	50

Literaturverzeichnis

A. WESEN UND ÄTIOLOGIE DER PRÄEKLAMPSIE UND EKLAMPSIE

=====

Galenus, dem römischen Leibarzt des Marc Aurel, waren schon im Jahre 130 n.Chr. die Symptome jenes Krankheitsbildes bekannt, welche oft blitzartig und unvermutet, meist aber nach einem Prodromalstadium, dem sogenannten Eklampsismus, auftreten. Er nannte diese Krankheit Eklampsie, zu deutsch "Aufblitzen". Die Forschungen auf diesem Gebiet wurden bis auf den heutigen Tag fortgesetzt. Das Ergebnis war eine große Zahl von Theorien, deren wichtigste und modernste nachstehend erörtert werden sollen:

- I a) C.SCHRÖDER, DE SNOO und HINSELMANN kamen zu dem Schluß, daß die seit langem bekannten und durch das Kapillarmikroskop einwandfrei bewiesenen universellen vasomotorischen Störungen in der Schwangerschaft zu funktionell morphologischen Veränderungen führen. Infolge eines Spasmus des zuführenden arteriellen Schenkels des Kapillarkreislaufes kommt es zu einer Stase im venösen Schenkel. Jede Stase, die längere Zeit anhält, führt zu einer Verminderung der Sauerstoffzufuhr, deren Ergebnis eine Gewebsschädigung als Folge eines degenerativen Prozesses an den Endothelzellen der Kapillaren darstellt. Besondere histologische Veränderungen erleiden die Kapillaren und Gefäße der Leber, Niere und des Gehirns. So erklärt sich auch der Hypertonus als die Folge des Spasmus der glomeroli; die tonisch-klonischen Krämpfe rühren von der Kontraktion der Hirngefäße her. Das Gehirn ist ja gegenüber vasomotorischen Störungen besonders empfindlich.
- b) SMITH und SMITH, BICKENBACH fanden, daß von den drei wichtigsten Hormonen der Placenta das Gonadotropin oft vermehrt gebildet wird und daß das östrogene Hormon und Progesteron vermindert sind. Diese endokrine Wirkung der Placenta führt ebenfalls zu den beschriebenen Kapillarspasmen. Nach J.C. Edwards soll das vermehrt produzierte Gonadotropin zu einer Aktivierung der den Mineralstoffwechsel regulierenden Steroidhormone führen, wodurch eine intrazelluläre Elektrolytanreicherung durch Einwanderung von Natrium-Ionen in die Zelle und damit eine Erhöhung des osmotischen Druckes an der Zellmembran bewirkt wird. Die Steigerung des Hormons regt den Hypophysenhinterlappen zu vermehrter Sekretion des antidiuretischen Hormons an, wodurch die Tubuluszellen im zweiten Abschnitt der Henle'schen Schleife zur stärkeren Wasserrückresorption aktiviert werden. ZIELINSKI, der ebenfalls glaubt, in der Placenta eine Produktionsstätte von Kortikosteroiden gefunden zu haben, was durch JAILER bewiesen wurde, zeigte, daß hohe Dosen von Desoxykortikosteron eine Erhöhung des Blutdruckes, der Albuminurie und Ödeme als Ausdruck einer Nierenschädigung hervorrufen. Gleichzeitige Gaben von Perkorten und Kochsalz (Kaninchenversuch von PRIVIANIEN) verursachten Nekroseherde in der Leber und Schädigung des Nierenparenchyms. Auch beim Menschen ruft eine Überdosierung von Desoxykortikosteron Kochsalzretention im Gewebe und Verminderung des Kalziumgehaltes hervor (FOURMAN). Die im Tierexperiment nach Desoxykortikosteron-Applikation festzustellende Hypoproteinämie mit Verminderung des Albumin-Globulinquotienten, Zunahme der Harnsäure im Blut, Erhöhung der Wanddurchlässigkeit der Kapillaren, Verminderung der Glukosetoleranz sowie Neigung zur Hyperglykämie können auch bei eklamptischen Frauen gefunden werden. Daß der blutdruckerhöhende Faktor aus der Nebenniere stammt, geht aus der Erhöhung des Blutdruckes durch Desoxykortikosteron und der Unwirksamkeit des Vasopressins bei Adrenalektomierten hervor. Dafür spricht auch der Sektionsbefund bei präeklampsischen Frauen (mittleren Grades) mit einer Hypertrophie der Nebennierenrinde. Dagegen war bei einer schweren Präeklampsie und Eklampsie eine Verschmälerung der Nebennierenrinde festzustellen (POUVET, MUNZER). Auch ist die Kortikoidausscheidung bei Toxikose verdoppelt und nach einem eklamptischen Anfall

bis zu siebenmal höher als bei normalen Graviden.

- c) Änderungen in der "Blutgewebsschranke" führen nach R. SCHRÖDER zu den drei funktionellen Hauptsymptomen: Wasserspeicherung, Albuminurie und Blutdruckerhöhung. Die Autoren der "toxischen Theorie" nehmen ein Toxin an, das in erster Linie an Blutflüssigkeit, Gefäßwand und umgebendem Gewebe angreift. Wirkungen auf die Blutflüssigkeit: Albuminverarmung, deutliche Herabsetzung der Albuminfraktion der Eiweißkörper des Blutes (Hypalbuminämie) mit der Folge, daß das Wasserbindungs- und Quellungsvermögen des Gewebes zunimmt (RUNGE, KESSLER, SIEDENTOPF und ALBERS); Abwanderung des Natriums (ROSSENBECK) mit Ersatz durch Kalium (ALBERS). Wirkungen auf die Gefäßwand: erhöhte Durchlässigkeit der Wand, Endothelveränderungen (FAHR, HOFBAUER, DOMAGK), Erregbarkeitschwankungen der Gefäße (HEYNEMANN, NEVERMANN, HINSELMANN, RAISS u.a.), Venendruckerhöhung (ALBERS). Wirkungen auf das Gewebe: Änderungen im Salzgehalt (Na,K), Speicherung von Wasser in den Gewebsspalten. Dieses Toxin soll primär durch ein Virus erzeugt werden und zu den männlichen Geschlechtsorganen in enger Beziehung stehen. Im Sperma des Ehemanns wird der wesentliche Träger des angeschuldigten Virus gesehen (GEIGER).
- d) Andere Vertreter dieser Theorie sind der Meinung, daß das Toxin bei Durchblutungsstörungen der Placenta entsteht (LEMERRE, ROUSSEL-IA QUEN). Es soll dem des Menstrualblutes verwandt sein und einen euglobulinartigen Charakter haben (SMITH). Viele Autoren führen diese Durchblutungsstörungen, die sie ebenfalls als das auslösende Moment des eklamptischen Symptomkomplexes ansehen, auf mechanische Gründe als Ursache zurück (nicht genügend arterialisierter Uterus bei sehr jungen Frauen, Hydramnion, Zwillinge u.a.) sowie besonders auch Schädigung des Throphoblasten, dessen hormonale Tätigkeit dadurch gestört wird (z.B. Eklampsie bei Blasenmole). Eine verminderte Blutversorgung der Uteroplacentalstelle soll auch für das Auftreten der sog. Pfropfspätgestosen entscheidend sein. Dabei soll die Ischämie des Uterus durch hypertensive Stoffe bewirkt werden, die von früher durchgemachten Nierenleiden herühren.
- e) Eine weitere Ursache der eklamptischen Erscheinungen wird in allergischen Reaktionen gesehen. MARCHAND hat gezeigt, daß sich Teile der Chorionzotten der Placenta losreißen und mit dem Blutstrom in die Lungenkapillaren verschleppt werden können. Daß derartige von der epithelialen Decke sich abschnürende synzytiale Komplexe Träger hochwertiger Fermente sind, ist nicht zu bezweifeln. Im Blut der Mutter stellen diese ein körperl- und blutfremdes Eiweiß dar, wodurch in der Schwangerschaft allergische Reaktionen ausgelöst werden können. Ein Teil der Autoren schreibt den synzytialen Komplexen, die sich langsam auflösen, eine ankurbelnde Wirkung auf Hypophyse, Schilddrüse und Nebennieren zu.

- II. Aus der Vielzahl der Ansichten über die Ätiologie der Eklampsie erklärt sich auch das uneinheitliche und ständig wechselnde Bild bezüglich der Behandlungsmethoden. Bei dem heutigen Stand der Wissenschaft kann von einer rein kausalen Therapie keinerlei Rede sein. Sie bleibt eine rein symptomatische, solange es nicht gelingt, alle ihre Symptome auf einen Nenner zu bringen und ihre eigentliche Ursache zu finden. Nach wie vor gibt es eifrige Verfechter der drei verschiedenen Richtungen: eine aktive Therapie, eine konservative Therapie und eine Therapie der mittleren Linie. Alle drei Methoden verfügen über eine große Anzahl von günstigen und ungünstigen Erfahrungen. An der Universitäts-Frauenklinik Würzburg wurde bis vor kurzem als Voraussetzung unserer Behandlungsmethoden die ENGELMANN'sche Richtung, die Therapie der mittleren Linie angewandt. ENGELMANN

fordert: Isolierung der Patientin, Fernhalten aller Reize, reichliche Blutentziehung (Aderlaß) evtl. mit nachfolgender Infusion (Injektion von hypertonischer Traubenzuckerlösung), die Einleitung der Geburt in allen Fällen, wenn sie noch nicht im Gange ist, bzw. Beschleunigung (Blasensprengung, Wehenmittel) oder Beendigung (künstliche Entbindung per vias naturales) derselben, wenn dies ohne einen gefährlichen operativen Eingriff möglich ist. BURGER hält in seinem Lehrbuch einen Kaiserschnitt dann für angebracht, wenn die Geburt noch nicht oder kaum begonnen hat und die Anfälle in kurzen Abständen aufeinanderfolgen, die Frauen zwischendurch ihr Bewußtsein nicht wieder erlangen und der Allgemeinzustand sich dauernd verschlechtert. Hier ist eine Sectio sowohl im Interesse der Mutter als auch des Kindes indiziert. Auch die Beobachtungen von KROLL an graviden Hunden, deren Föten die Krampfanfälle der Mutter mitmachen und die Bestätigung der gleichen Erscheinung am Menschen (von SCHATZKOPF und ESCH) verbunden mit einer eindeutig erhöhten Letalität und Morbidität des Neugeborenen, sowie die Toxikoseschädigungen beim Fötus, wie sie BAUMANN, DUBRAUSZKY und OTT beobachtet haben, sprechen für die Anwendung einer Sectio im Sinne der BURGER'schen Indikationsstellung. MORRIS bezeichnete ebenfalls die routinemäßige Schnittentbindung als geburtshilfliche Maßnahme als eine große geburtshilfliche Katastrophe.

MANON hingegen, ein Vertreter der aktiven Therapie, befürwortet zwar nicht die Routine-Sectio, glaubt aber, daß in schweren Fällen von Eklampsie vor der Geburt für Mutter und Kind bessere Resultate erzielt werden als durch eine konservative Therapie. Er stellt bei 1 051 Fällen konservativ behandelter Eklampsien im Zeitraum von 1938 bis 1950 8,6% Mortalität und bei 105 durch Sectio entbundene Gestosen eine Mortalität von 4,8% fest. Er kommt zu folgendem Schluß: bei jeder eklamptischen Frau wird die Behandlung normal begonnen. Ist die Geburt noch nicht im Gange, wird bei schwerer Form der Eklampsie der Uterus in Lokalanästhesie durch einen Kaiserschnitt entleert. Tritt dagegen die Eklampsie unter der Geburt auf, so wird zunächst die Blase gesprengt und eine konservative Therapie mit sedierenden Mitteln begonnen.

Wir sind inzwischen von der Therapie der mittleren Linie abgekommen und haben uns in weitgehender Übereinstimmung mit der Weltliteratur gleich FOUVET zugunsten der konservativen Therapie entschieden. Sie hat sich durch die Bereicherung des Arzneimittelschatzes an neuen, besonders hypotensiv wirkenden Pharmaka in den Vordergrund geschoben. WIMHÖFER und PFAU weisen aufgrund eigener Erfahrung darauf hin, daß die konservative Behandlung der Eklampsie eine geringere mütterliche Mortalität aufweist als die aktive Beendigung durch einen Kaiserschnitt. Sie sind der Meinung, daß der Vorteil der möglichst raschen Entfernung von Frucht und Placenta durch den Nachteil des Operationschocks nicht aufgehoben wird (dafür spricht eine mütterliche Mortalität von 16,9% bei Sectio und 6,3% bei konservativem Vorgehen aus dem Krankengut der Leipziger und Heidelberger Kliniken). Dabei darf die Meinung eines kleinen Anstieges der kindlichen Verluste von 7 auf 10% nicht ausschlaggebend für die therapeutische Einstellung sein. Was aber geschieht bei therapieresistenten präeklampischen Fällen? Nach heutiger Auffassung soll bei einer mehr als dreiwöchentlichen, andauernden, ergebnislosen konservativen Behandlung die Gravidität beendet werden, da die Chancen, das kindliche Leben zu retten, größer sind. (Die kindliche Mortalität bei Aufpropfgestosen beträgt nach TAYLOR 40%). Es empfiehlt sich, die durch Spätgestosen komplizierten Schwangerschaften noch zu jenem Zeitpunkt zu beenden, nach dessen Überschreitung die kindliche Mortalität durch toxische Schädigung größer wird als die zu erwartenden Verluste an Lebensschwäche infolge Unreife. Nach TAYLOR sei der günstigste Zeitpunkt zur Geburtseinleitung durch folgende Kriterien bestimmt:

1. Bei Hypertonie über 180 mm HG

Starker Proteinurie

Geburtseinleitung zu Beginn der 33. Woche

2. Hypertonie über 180 mm HG

Geringe Proteinurie

Geburtseinleitung zu Beginn der 39. Woche

3. Blutdruck zwischen 160 und 180 mm HG systolisch und 100 bis 110 diastolisch

Starke Proteinurie

Geburtseinleitung in der 37. Woche

4. Blutdruck zwischen 160 und 180 mm HG systolisch und 100 bis 110 diastolisch

Geringe Proteinurie

Geburtseinleitung in der 39. Woche

III. Die medikamentöse Behandlung der Eklampsie wurde durch VEIT und WINKEL inauguriert, durch STROGANOFF zu einem brauchbaren Schema ausgearbeitet. Die von ENGELMANN vertretene "Therapie der mittleren Linie" benützt diese Behandlungsmethode für das konservative Vorgehen. RISSMANN und LAZARD ersetzen im Stroganoff-schema das Chloralhydrat durch Luminal. Die Synthetisierung neuer, hypotensiv wirkender Pharmaka in den vergangenen Jahren hat auch der Eklampsitherapie neue Aspekte gegeben und die konservative Behandlung in den Vordergrund gedrängt. Wir möchten deshalb an dieser Stelle über die wichtigsten neuen Medikamente berichten, deren Hauptcharakteristikum in einer Blutdrucksenkung besteht, die mit Sedierung und Diureseförderung kombiniert ist.

In der Pathogenese der hypotensiven Spätgestosen nimmt der generalisierte Arteriolospasmus eine zentrale Stellung ein. (LANZ/HOCHULI). Er kann mit einer hypotensiven Therapie gelöst werden unter Herbeiführung eines verminderten peripheren Gefäßwiderstandes mit Verbesserung der Organdurchblutung. Im Gehirn konnte dies Mc CALL mit der von KETY und SCHMIDT entwickelten Stickoxydulmethode nachweisen. ASSALI, DE ALVAREZ, FRIEDBERG sowie KÄSER, LANZ und HOCHULI bestätigten mit Hilfe der Clearance-Untersuchung die durch Anwendung verschiedener blutdrucksenkender Mittel hervorgerufene Strombahnänderung in der Niere. Die am besten dazu geeigneten Medikamente sind die Rauwolfiaalkaloide, die Phtalazine und die Veratrumalkaloide.

- a) Das heserpin zeichnet sich dabei pharmakologisch durch eine komplexe Wirkung aus, wobei der stark sedativ-hypnotische und blutdrucksenkende Effekt im Vordergrund steht. Die hypnotische Wirkung ist wahrscheinlich zentraler Natur mit Senkung des peripheren Widerstandes ohne Herabsetzung der Kreislauleistung. Die sedativ-hypnotische Wirkung ist bei der Behandlung der Präeklampsie bzw. der Eklampsie erwünscht, um die zentrale Übererregbarkeit und damit die Anfallsbereitschaft herabzusetzen. Die im Tierexperiment nachgewiesene Atemhemmung scheint beim Menschen auch in größeren Dosen nicht die bei Opiaten und Barbituraten bekannten Ausmaße zu erreichen. Es ist nicht damit zu rechnen, daß die bei einer schweren Toxikose bestehende Gewebshypoxämie verstärkt oder das kindliche Atemzentrum beeinflußt wird.
- b) An zweiter Stelle stehen die Phtalazine mit ihren typischen Vertretern Apresolin und Nepresol. Diese Verbindungen zeichnen sich durch eine typische, langanhaltende, blutdrucksenkende Wirkung aus. Sie haben offenbar eine vorwiegend periphere Wirkung mit Neutralisation pressorischer Stoffe und geringen adrenalytischen Eigenschaften. Dazu kommt ein direkter Einfluß auf zentralnervöse Blutdruckregulationen. Die im Tierexperiment nachweisbare, langdauernde Zunahme der Durchblutung in verschiedenen visceralen Gefäßgebieten spricht dafür, daß die Verminderung des peripheren Gesamtwiderstandes für die Blutdrucksenkung maßgeblich verantwortlich ist (BEIN-GROSS-TRIPOD und MEIER). REUBI konnte mittels der PAH-Clearance auch beim Menschen nach Apresolin eine ver-

mehrte Nierendurchblutung nachweisen. Gleichzeitig findet man eine Zunahme der Herz- und Atemfrequenz, in den meisten Fällen mit einer solchen des Schlagvolumens (MOYER). Auch ASSALI, SUYEMOTO und FRIEDBERG bestätigen die durch Phtalazine ausgelöste Vermehrung der Nierendurchblutung. Die Steigerung des renalen Plasmastromes fanden auch PEULI, FRIES und FINERTY. Im Zusammenhang resultiert klinisch eine gesteigerte Diurese. Die sympathikolytischen Eigenschaften der Phtalazine kommen in einer Abschwächung der Blutdrucksteigerung nach Adrenalininjektion und Splanchnikusreizung zum Ausdruck. Sie hemmen die Diaminoxidase und heben die antidiuretische Wirkung des Renins auf. Die durch Pitressin bedingte Kontraktion der Koronararterien wird durch Nepresol und Apresolin paralysiert. Pharmakologisch wichtig für die Eklampsiebehandlung ist außerdem der potenzierende Effekt gegenüber Veratrin bei kombinierter Anwendung und die Aufhebung der Tachyphylaxie von ganglienblockierenden Substanzen, die durch wiederholte Gaben eingetreten ist. Durch die Phtalazine werden nicht nur die humoralen, sondern auch die verschiedenen reflektorischen Blutdruckveränderungen beeinflusst. So wird z.B. der "cold-pressure"-Test und der überschüssige pressorische Effekt beim Valsalva'schen Versuch gehemmt. Durch Erhöhung der Dosis oder wiederholter Injektion wird der bereits erniedrigte Blutdruck nicht weiter gesenkt. Nebenerscheinungen wie Kopfschmerzen, Herzklopfen, Tachycardie, Nausea und Schwindel klingen rasch ab. Sie lassen sich durch vorsichtiges Einschleichen und individuelle Dosierung auf ein Minimum reduzieren. Vorsicht ist bei Arteriosklerose der Koronargefäße und stenocardischer Beschwerden am Platze.

- c) Die Veratrinderivate beeinflussen den Blutdruck, teils über periphere Reflexe, teils über einen zentralen Angriffspunkt (KÄSER). Die Reizung von Rezeptoren in Lunge, Aorta, linkem Herzen wird für die Gefäßerweiterung im Sinne einer aktiven dilatatorischen Wirkung sowie für die Bradycardie verantwortlich gemacht. Die Nebenwirkung des Protoveratrin besteht in Kopfschmerzen und Nausea. Nachteilig ist die kurze Wirkungsdauer und eine sehr bald eintretende Erhöhung der Toleranz. Der Gruppe dieser drei modernen Medikamente nahe stehen auch die hydrierten Mutterkornalkaloide vom Hydergintyp, deren Wirkung gleichfalls in einer wenn auch geringeren Spasmyolyse des Arterienkrampfes besteht. Über gute Erfolge mit Hydergin berichten SZIRBERK und HORVATH bei 140 Fällen und KOTASCH bei 40 Fällen von Präeklampsie. Auch RAURAMO und LEIKKOL beobachteten eine Blutdrucksenkung nach Hydergin bei der Präeklampsie mit einem durchschnittlichen Wert von 36 mm HG. Bei der Eklampsie fiel der Blutdruck nach Hyderginverabreichung durchschnittlich um 33 mm HG. Weiter glaubten sie eine Geburtsbeschleunigung festgestellt zu haben. Dagegen kamen SNOW, BRUNS und DROSE zu dem Schluß, daß Hydergin bei einer Dosierung von 0,3 mg intravenös seine Wirkung auf den Uterus behält, ohne die hypertone Erkrankung der Schwangerschaft zu beeinflussen.
- d) Neben dieser Medikamentengruppe, die durch ihren auf den Arteriolospasmus wirkenden Effekt zu einer Senkung des Blutdruckes und gleichzeitig zu einer verbesserten Gehirn- und Nierendurchblutung führen und damit in der Pathogenese der Eklampsie den Hypoxiefaktor ausschalten, stehen die älteren Präparate, deren Wirkungsmechanismus lediglich in einer mehr oder minder starken Sedierung bestand. Die Morphinderivate und Barbiturate leisten dabei sehr Gutes. Ungünstig wirkt sich aber bei Morphin die diuresehemmende Wirkung und bei den Barbituraten die Minderung der zentralen Sauerstoffausnützung aus. Avertin, Magnesiumsulfat und Megaphen wirken in verschiedenem Grade hypnotisch, jedoch fehlt jedem der drei Medikamente eine hypotensive Wirkung.
- e) Sehr ausgeprägt wäre dieser Effekt bei den Ganglienblockern vom Pendiomidtyp, das auch an unserer Klinik längere Zeit als blutdrucksenkendes Mittel eingesetzt wurde. Durch die Hemmung der sym-

pathischen Erregungsübertragung in den peripheren Ganglien werden sympathische und parasympathische Nervenbahnen in ihrer Reizleitung gestört. Die Hemmung der Vasomotoren führt zu einem Abfall der Gefäßwiderstände und des Blutdruckes. Nach ASSALI, DIBBET und PROFITLICH sind Ganglienblocker mit vorwiegend neuralem Angriffspunkt trotz angeblicher Erfolge wenig zur hypotensiven Therapie geeignet, da ihr Wirkungsmechanismus in einem Blutdruckabfall und in einem Versacken der Blutmassen in die abhängigen Körperpartien besteht, also zu einem orthostatischen Kollaps führt. Dieser ungünstige hämodynamische Effekt bedingt eine mit Oligurie einhergehende Beeinträchtigung der Nierendurchblutung. Die Anwendung der Ganglienblocker ist aus diesem Grund verlassen. Auch nach DECIO sind Ganglienblocker nicht immer erfolgreich, es gelingt nicht immer, den Gefäßkrampf zu lösen und den Blutdruck zu senken. WILBRAND bezeichnet den Wert der Ganglienblocker als begrenzt, er läßt nach wiederholter Medikation nach.

- f) Als eingreifendste Maßnahme in der medikamentösen Eklampsitherapie kommt die Hibernation in Betracht, die bei völligem Versagen einer anderen Behandlung nach AUSTIN, DE REZENTE, DECIO und CENTARA gute Erfolge zu verzeichnen hatte. BACCAGLINI berichtet über die Beherrschung eines Krankheitsbildes mit Amaurose, Anurie, Coma und eklampsischem Krampf durch gesteuerten Winterschlaf. Durch die Organruhe und Blockierung des vegetativen Systems und Senkung des Grundumsatzes kommt es nicht zu eklampstischen Anfällen. Jedoch erfordert die Therapie erhebliche Erfahrung (DECIO, CENTARO). Die Anwendung von äußerer Kälte zur Verstärkung der Hypotonie wird wegen der dadurch bedingten Nierenschädigung von PEZZOLI negiert. Sonst bezeichnet er bei seinem Beobachtungsgut die Erfolge der lytischen Therapie als gut. Auch FENNEMANN und WOLF bezeichnen die Winterschlafmethode in schwersten lebensbedrohenden Fällen als die geeignetste. Nur CHOSSONS konnte keine nachweisbare Wirkung der lytischen Substanz bei seinen beobachteten Fällen feststellen.
- g) In der Meinung, daß die Eklampsie mit erheblichen Störungen im Stoffwechsel der Kohlehydrate, Fette und Eiweiße einhergeht, versuchen manche Autoren durch Eingriffe in dieses System auf konservativem Wege eine Besserung der klinischen Symptome herbeizuführen. So gab MAURIZIO mit gutem Erfolg Nikotinsäure in großen Dosen, ebenso Glukose, Insulin und Vitamin B₁₂, dem beim Methylierungsprozess besondere Bedeutung zugemessen wird: es stimuliert die Nukleinsäurebildung begünstigt die Transmethylierung und hat einen lipotropen Effekt. Es wird daher eine günstige entgiftende Wirkung auf die Toxikose angenommen. DECIO beobachtete ebenfalls eine gute Wirkung bei Nephropathie und Schwangerschaftshepatopathie nach Applikation hoher Dosen von Vitamin B₁₂, Nikotinsäure und β -Glukuronidase.
- h) UGLETTI stellte gute Erfolge bei der Cocarboxylase-Therapie (=Phosphorsäureester des Vitamins B₁) fest. Beim Fehlen der Cocarboxylase endet der intermediäre Stoffwechsel von Eiweiß, Kohlehydraten und Fetten bei der Brenztraubensäure, die nicht weiter abgebaut werden kann. Diese sammelt sich besonders im Nervengewebe an. Unter Berücksichtigung der Untersuchungen von MARCIALE, der bei der Gestose die Brenztraubensäure vermehrt im Blut fand, und von MAGNI CAMPANELLI, der nach der FRIEDMANN-HAUGEN-Methode ebenfalls eine deutliche Erhöhung der Brenztraubensäure beobachtete, kommt UGLETTI zu dem Schluß, daß das Fehlen der Cocarboxylase einen wesentlichen Teil zum Entstehen der Gestose beiträgt. Dagegen stellt FEOLA bei der Eklampsie keinen Einfluß der Cocarboxylase-Zufuhr fest. Bei der Präeklampsie trat nur eine leichte Verminderung der Albuminurie und geringe Diurese-Wirkung ein. Nach Untersuchungen von MARCIALE ist der Brenztraubensäurespiegel bei der Eklampsie regelmäßig erhöht. Er fand einen Wert zwischen 1,80 mg% und 6,30 mg% (Methode von FRIEDMANN und HAUGEN) und konnte durch stündliche Gaben von 100 mg Cocarboxylase bei einer Gesamtdosis von 300 bis 400 g sehr gute Erfolge erzielen. GEBBIA und ANZISI fanden eine rasche Besserung des Harn-

befundes auf Cocarboxylasezufuhr. OTTOLENGHI und PRETT versuchten die Stoffwechselwirkung des Testosteronpropionats auszunützen und konnten damit bessere Erfolge erzielen als mit Cocarboxylase.

- i) Eine hypotensive Wirkung wird auch durch Methoden angestrebt, die durch Unterbrechung zum Zentrum führender neuraler Leitungsbahnen den Arteriolenospasmus unterdrücken wollen. Die Stellatumblockade hat nicht oder nur teilweise die in sie gesetzte Hoffnung erfüllt (BERWIND). Es gelingt lediglich, die Diurese für kurze Zeit in Gang zu bringen und eine passagere Blutdrucksenkung zu erreichen. Zu derselben Ansicht kam PASCHEN bei seinen Untersuchungen über die therapeutische Verwendung der periduralen Plombe und der Stellatumblockade bei Spättoxikosen.
- j) BRYCE, SMITH und WILLIAMS berichten über sechs Fälle, die sie mit Methoden permanenter Leitungsanästhesie behandelten: dabei war der Caudalblock am wenigsten wirksam, eher ließ sich der Blutdruck durch fortlaufende Spinalanästhesie unter Kontrolle halten. Ungefährlicher in Bezug auf Meningitiserkrankung ist der fortlaufende extradurale Block, der für 24 Stunden meist gleich gute Resultate brachte wie der spinale Block. Bei optimaler Wirkung der Leitungsanästhesie wird aber der Geburtsverlauf verzögert. Es ist in solchen Fällen deshalb notwendig, durch Dauertropfinfusion von Wehenmitteln die Geburt in Gang zu halten. Diese Therapie fordert daher ständige Überwachung durch einen Anästhesisten oder Geburtshelfer.
- k) Neben diesen pathogenetisch begründeten Standardverfahren kamen nur noch eine Reihe von Methoden der Eklampsiebehandlung, die in der Hauptsache empirischen Feststellungen entstammen. KRAMER beobachtete bei 67 Fällen von Wochenbett eklampsie, daß erst nach einer zweiten Lumbalpunktion die Anfälle nachließen.
- l) In der Antibiotikabehandlung konnten SZEMLA und FOUQUET gute Erfolge verzeichnen. Allerdings kamen die Föten ad exitum. SMITH G.V., SMITH O.W., REID und ROLY vertreten die Ansicht, daß die Wirkung von Penicillin und Terramycin in einem antitoxischen Mechanismus zu suchen ist. In schweren Fällen, wo andere Medikationen versagten, konnte GRASST gute Erfolge beobachten.
- m) Die Frage der Tracheotomie bei vermehrter Bronchialsekretion, erschwerter Respiration, Laryngospasmus und Atemstillstand wird diskutiert (CONRAD).
- n) Die Forderung der Röntgenkontrolle bei der Entlassung von Patientinnen, die eine Eklampsie durchgemacht hatten, wird in letzter Zeit häufiger betont. Verschiedentlich kamen während eines eklampsischen Anfalls Skelettverletzungen zustande. JONES beobachtete bei einem Fall die Verkeilung eines Rückenwirbels mit Abriß des Dornfortsatzes, von HEGEN eine Fraktur und Subluxation des Oberarmes durch übermäßig starke unkoordinierte Muskelkontraktion. Für diese außergewöhnlichen Zwischenfälle wird eine schwangerschaftsbedingte Auflockerung des Band- und Kapselapparates des Gelenkes geltend gemacht. REINBERGER und MACHIE stellten fest, daß solche Frakturen sehr selten sind, treten aber trotzdem für eine Röntgenkontrolle ein. In der Hauptsache seien von solchen Läsionen die langen Röhrenknochen, besonders das obere Drittel des Humerus und die Brustwirbelkörper betroffen.

K A S U I S T I K

=====

P R Ä E K L A M P S I E

1953

Fall 1

Geb.-Buch Nr. 241 Name Sch.B. 39 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: 1 Abortus Mens. 2-3
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 6.6.52
Besonderh.währ.d.Gravid.: Fluor
Aufnahme: 1.3.53. Objekt.Sympt.: RR 170/90, Sedi: Leukos o-1, Bakt. wenig, Donné negat., Urobilinogen posit., Nephropathie, Subjekt. Sympt.: Kopfschmerzen, Augenflimmern, Unruhe, Singultus
 Temp. 37,5, Puls 80
Geburtsh. Befund: 13 Tage a.Term. Gravid. Mens.X, Schädellage, vorzeitiger Blasensprung, sekundäre Wehenschwäche (Uterotonika), Herz-töne arhythmisch, Blutdruck im Steigen
Geburt: 1.3.53. Forceps (Straßburger Zange) aus li. HHL, Dammriß II°, Episiotomie
Kind: männlich, Gewicht 3400 g, Länge 52/52 cm, reif, lebensfrisch (Synkavit)
Placentarperiode: o.B. Spontan.Versorgung der Episiotomie und des Dammrisses II° in Chloräthyl-Äther
Medikation: Traubenzucker, Euphyllin, Dolantin, Orasthin, Vitamin B und C, Hostamycin
Wochenbett: Nierendiät (Obsttage), Abklingen der nephropathischen Symptome, gute Heilungstendenz
Entlassung: 16.3.53 bei allg. Wohlbefinden, RR 120/80

Fall 2

Geb.-Buch Nr. 334 Name B.J. 26 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 15.6.52
Besonderh.währ.d.Gravid.: Ödeme, Übelkeit, Erbrechen, Varizen
Aufnahme: 21.5.53. Objekt.Sympt.: RR 145/85, Ober- und Unterschenkel-Ödeme, Varizen, Rest-N 47 mg%, Eiweiß stark positiv, Donné negat., Urobilinogen negat., Nephropathie, Subjekt.Sympt.: Unruhe
 Temp. 37,5, Puls 80
Geburtsh. Befund: Ad Term. Gravid. Mens.X. vorzeitiger Blasensprung (foetites Fruchtwasser), Wehen mäßig, ständig steigender Blutdruck
Geburt: 22.3.53. Nach Episiotomie Forceps (Kielland-Zange) in Chloräthyl-Äther aus li.HHL.
Kind: männlich, Gewicht 2800 g, Länge 50/50 cm, asphyktisch (Trachealkatheter, Sauerstoffatmung, Lobelin, Synkavit, Eisblase)
Placentarperiode: Cervixrevision, Episiotomienahrt, Blutdruck sinkt (Effortil, Orasthin, Hostamycin)
Medikation: Traubenzucker, Cebion, Vitamin B, Euphyllin, Berolase, Pendiomid, Avacan
Wochenbett: Nieren Schonkost (Obst- u. Honigtage), Blutdruck schwankt zwischen 125/90 und 150/90, Verabreichung von Aminatrat, Traubenzucker
Euphyllin, Belleragal, Ferrostab
Entlassung: 10.4.53 als gebessert, gegen Revers, RR 125/95.

Fall 3

Geb.-Buch Nr. 744 Name W.F. 31 Jhr. I-Para
Frühere Gravid.: 1 Sp.-Geburt, Kind lebt.
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 23.10.52
Besonderh.währ.d.Gravid.: Ödeme, Fluor, öfters Harnverhaltung
Aufnahme: 11.7.53 - präeklampsisch 3 Tg.a.part. Objekt.Sympt.: RR 210/140, starke Beinödeme beidseitig, Rest-N 28 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 5/0, Donné positiv, Urobilinogen negat., Zucker in Spuren, Nephropathie. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Augenflimmern, beidseitig verwaschene Papillen - Temp. 37,3, Puls 72

Geburtsh. Befund: 15 Tage a.Term., Gravid.Mens.X, Schädellage, anfangs mäßige, dann gute Wehen, Blase gesprungen (mäßig klares Fruchtwasser), Gemini.

Geburt: 15.7.53. Nach Preßwehe Sp.-part. aus re. HHL

1. Kind: männlich, Gewicht 2300 g, Länge 46/46 cm (Orasthin)

Nach Preßwehe Sp.-part. aus li. HHL

2. Kind: Gewicht 2730 g, Länge 51 cm, schwer asphyktisch (Trachealkatheter, künstl. Sauerstoffatmung, Wechselbäder, Lobelin, Vitamin K). Kind kommt ad exitum.

Placentarperiode: o.B.sp. nach Schultze

Medikation: Traubenzucker, Cebion, Vitamin B, Dolantin, Berolase, Unophyllin, Hydergin, Euphyllin - Katheterismus

Wochenbett: Nierendiät (Obst- u. Honigtage), gute Ausscheidung, Abklingen der nephropathischen Erscheinungen

Entlassung: 30.7.53 bei allg. Wohlbefinden, RR 130/85

Obduktion des Kindes: Intrauterine Asphyxie

Fall 4

Geb.-Buch Nr. 924 Name W.B. 43 Jhr. IV-Para

Frühere Gravid.: 4 Sp.-Geburten, Kinder leben

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 29.7.52

Besonderh.währ.d.Gravid.: Kopfschmerzen, Erbrechen, Venenentzündung

Aufnahme: 16.9.53. Objekt.Sympt.: RR 170/95, Eiweiß stark positiv, Donné negat., Urobilinogen negat., starke Varizen, Nephropathie
Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen

Geburtsh. Befund: 3 Wochen a.Term., Gravid. Mens. X, Schädellage, vorzeitiger Blasensprung, anfangs unregelmäßige u. leichte, später gute Wehen (Orasthin)

Geburt: 17.9.53. Nach Preßwehe Sp.-part. aus li. HHL

Kind: männlich, Gewicht 3380 g, Länge 53/54 cm, reif

Placentarperiode: o.B. sp. nach Douncan, starker Descensus uteri (Eisblase)

Medikation: Traubenzucker, Unophyllin, Dolantin, Orasthin, Tee
Katheterismus

Wochenbett: Nierenschonkost (Obst- u. Honigtage)

Entlassung: 6.10.53 bei allg. Wohlbefinden, RR 120/75, Urin opal.

Weiter wird Diät, Venostasin, Leibbinde, Ferrofalsan empfohlen.

Fall 5

Geb.-Buch Nr. 995 Name W.B. 24 Jhr. I-Para Eilfall!

Frühere Gravid.: 1 Sp.-Geburt, Kind lebt, 1 Abort.Mens.V

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 4.1.53

Besonderh.währ.d.Gravid.: Kleckerblutung, Exantheme, stenocardische Beschwerden

Aufnahme: 6.10.53. Objekt.Sympt.: RR 125/85, Donné negat., Urobilinogen negativ

Geburtsh. Befund: 5 Tage a.Term., Gravid.Mens.X, re. Schädellage, vorzeitiger Blasensprung

Geburt: 6.10.53. Nach Preßwehe Sp.-part. aus re. HHL

Kind: männlich, Gewicht 3530 g, Länge 51/52 cm, reif (Orasthin)

Placentarperiode: o.B. sp. nach Schultze

Medikation: Orasthin

Wochenbett: komplikationslos

Entlassung: 13.10.53 als gebessert, bei allg. Wohlbefinden, RR 120/68

Fall 6

Geb.-Buch Nr. 1222 Name H.A. 34 Jhr. III-Para

Frühere Gravid.: 3 Sp.-Geburten, 1 Kind lebt, 2 gestorben (Erythroblastose), 1 Frühgeburt Mens. VII

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. anfangs Mai 53

Besonderh.währ.d.Gravid.: Ödeme, Blutungen, Magenbeschwerden, Pyelitis

Aufnahme: 12.12.53. Objekt.Sympt.: RR 230/130, prätibiale Odeme beiderseits, Rest-N 39 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 10%, Donné negat., Urobilinogen negat., Sedi: Erys 2-3, Epith. 3-5, Leukos 0-3, vereinz.hyal.Zylinder, Nephropathie. Subjekt.Sympt.: Augenflimmern, Brechreiz, Erbrechen, Übelkeit, Magenbeschwerden
Puls 80

Geburtsh. Befund: 10 Wochen a.Term., Gravid. Mens. VII, Blase steht, li. Querlage, keine kindl. Herztöne, Wehen gut
Geburt: 18.12.53 nach Blasen Sprengung (Abgang von mekoniumhaltigen Fruchtwasser) bei guter Wehentätigkeit Sp.-part. aus li.HHL
Kind: männlich, Gewicht 1500 g, Länge 40 cm, unreif, tot (Maceration I°)

Placentarperiode: o.B., Placenta stark infarziert

Medikation: Traubenzucker, Vitamin C, BV-Komplex, Dolantin, Perolase, Pendiomid, Lävosan, Unophyllin, Hydergin, Obstsaft
Katheterismus

Wochenbett: komplikationslos, der gesunkene Blutdruck steigt in den letzten Tagen wieder an, Eiweißwerte sanken zur Norm ab

Entlassung: 31.12.53 als gebessert, gegen Revers, Endoskopiekontrolle in 6 Wochen; RR 155/105

1954

Fall 1

Geb.-Buch Nr. V (außerhalb entbunden) Name K.E. 41 Jhr. II-Para
Frühere Gravid.: 2 Sp.-Geburten, Kinder leben, gesund

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. anfangs Juli 53

Besonderh.währ.d.Gravid.: Übelkeit, Obstipationen, Beinödeme

Aufnahme: 23.3.54 am 5. Wochenbettstag, präeklampsisch. Objekt.
Sympt.: RR 220/110, Sedi: Leukos 0-3, Erys 1-2, vereinzelt Salze
Eiweiß stark positiv, Donné negat., Rest-N 28,5 mg%, Esbach 13%,
Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Sehstörungen (Retinitis albuminurica)
Temp.37,3, Puls 100

Geburt: 18.3.54 außerhalb, Mens.X

Medikation: Pendiomid, Luminal, Traubenzucker, Unophyllin, Cebion, Berolase, Haemocavit, Lävosan, Euphyllin, BVK, Rutinon, Synkavit, Apfelsinensaft, Bananen
Katheterismus

Wochenbett: Retinitis angiospastica, Cystitis, Diät (vonseiten der Genitalien komplikationslos)

Entlassung: 5.5.54 Verlegung auf die Med.-Klinik wegen Albuminurie Esbach 2%, RR 120/85, Donné negat., Zucker negat., Sedi: Leukos 0-1, Erys 0-1, vereinz. Bakt.

Fall 2

Geb.-Buch Nr. 419 Name S.B. 44 Jhr. I-Para

Frühere Gravid.: 1 Sp.-Geburt, Kind lebt

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. Mitte August 53

Besonderh.währ.d.Gravid.: starke Bein- u. Gesichtssödeme, Übelkeit, Erbrechen, Augensymptome, hoher Blutdruck

Aufnahme: 18.4.54. Objekt.Sympt.: RR 120/95, leichte Odeme, Rest-N 35,6 mg%, Eiweiß stark positiv, Sedi: Erys 0-1, Leukos 1-5
Bakt. wenig, hyal.u.granul.Zylinder, Nephropathie, Aceton, Acetessigsäure, Bilirubin. Subjekt.Sympt.: Übelkeit, Rückenschmerzen
Myomknoten am Fundus uteri, intrauterine Blutung, anämisches Aussehen
Temp.35,8 Puls 72

Geburtsh. Befund: 14 Tage a.Term., Gravid. Mens.X, Schädellage, (li. Schiefllage) Uterus befindet sich in Dauerkontraktion, keine kindl. Herztöne nachweisbar, Myomknoten durch Bauchdecke tastbar

Geburt: 18.4.54. Sectio in Evispernarkose (Uteroplacentare Apoplexie, Uterus myomatosus und Kollaps, Verdacht auf vorzeitige Placentablösung) aus re. Querlage

Kind: männlich, Gewicht 2280 g, Länge 50/51 cm, tot (Sauerstoffatmung, Wärme)

Medikation: Plasma, Orasthin, Lobelin, Coramin, Traubenzucker, Subsidon, Berolase, Vitamin-B-Komplex, Unophyllin, Dilaudid, Haemo-coavit, Hostamycin - Katheterismus, Äther, Sauerstoff
Wochenbett: Wunde pp. verheilt, Esbach 4%, Serumweiß 4%, Plasma
Entlassung: 7.5.54 Verlegung auf Med.-klinik, da noch immer Eiweiß im Urin (2%)
Obduktion des Kindes: Intrauteriner Fruchttod, Asphyxie

Fall 3

Geb.-Buch Nr. 571 Name K.J. 28 Jhr. II-Para
Frühere Gravid.: 2 Forceps, Kinder leben, 2 Aborte Mens. 3 u. 2
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 25.8.53
Besonderh.währ.d.Gravid.: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Augenflimmern, Schwindel
Aufnahme: 4.6.54. Objekt.Sympt.: RR 150/100, Eiweiß stark positiv, Esbach 2%, Urobilinogen positiv, Donne positiv. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Augenflimmern - Temp.37,1, Puls 84
Geburtsh. Befund: 3 Tage post Term., Gravid.Mens.X, li. Schädellage, stehende Blase, Wehen mäßig, unteres Uterinsegment schmerzhaft
Geburt: 4.6.54 bei guter Wehentätigkeit Blasensprengung (mäßig klares Fruchtwasser) und Episiotomie aus li. HHL
Kind: männlich, Gewicht 4030 g, Länge 52/53 cm, reif, lebensfrisch
Placentalperiode: Lösung nach Schultze, da nicht sicher vollständig nachtastung in Chloräthyl-Äther (Orasthin), Cavumpülung mit heißer Kochsalzlösung, Episiotomienah
Medikation: Traubenzucker, Unophyllin, Vitamin B und C, Berolase, Orasthin
Wochenbett: komplikationslos, RR sinkt auf 130/80, Kopfschmerzen lassen nach
Entlassung: 12.6.54 bei allg. Wohlbefinden, RR 115/75

Fall 4

Geb.-Buch Nr. 649 Name H.K. 38 Jhr. III-Para
Frühere Gravid.: 3 Geburten, 2 spontan, 1 Forceps, 2 Aborte Mens.3 und 5
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. Mitte Oktober 53
Besonderh.währ.d.Gravid.: Unterschenkelödeme, Genitalblutungen
Aufnahme: 24.6.54. Objekt.Sympt.: RR 170/110, starke Unterschenkel-ödeme, Varizen an beiden Oberschenkeln, Rest-N 34,8 mg%, Eiweiß stark positiv, Urobilinogen positiv, Donne negat., Sedi: Epith.3-4 Leukos 6-8, Nephropathie. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen Temp.37,6, Puls 84
Geburtsh. Befund: Ad Term., Gravid. Mens.X, li. vollkommene Steißlage, Blase steht, Wehen regelmäßig, seit 3 Tagen keine kindlichen Herztöne und keine Bewegungen mehr spürbar
Geburt: 26.6.54 nach frühzeitiger Blasensprengung (foetites Fruchtwasser) Ausstoßung der Frucht aus li. vollkommener Steißlage
Kind: männlich, Gewicht 2100 g, Länge 39 cm, tot (Foetus mortuus, Maceration III°)
Placenta nicht mehr vollständig, hydropisch aufgetrieben, 200 g schwer, Nachtastung in Chloräthyl-Äther, Cervixrevision, heiße Uteruspülungen (Orasthin)
Medikation: Orasthin
Wochenbett: komplikationslos, Nierenschonkost (Honigtage)
Entlassung: 7.7.54 bei allg. Wohlbefinden, RR 120/90

Fall 5

Geb.-Buch Nr.XIII (außerhalb entbunden) Name S.E. 25 Jhr. V-Para
Frühere Gravid.: unbekannt
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. unbekannt
Besonderh.währ.d.Gravid.: unbekannt
Aufnahme: 16.7.54. Objekt.Sympt.: RR 220/140, Rest-N 28,85 mg%, Es-

bach 20‰, Donné positiv, Urobilinogen positiv, Sedi: Leukos 6-8
Erys 0-1, Epith. 1-2, Bakt. viele, Salze mäßig, Serumbilirubin 0,29
mg%. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Atemnot
Geburt: 8.7.54

Kind: weiblich, verlegt in die Kinderklinik

Medikation: RiBmannschema, Dolantin, Pendiomid, Traubenzucker, Bero-
lase, Unophyllin, Cebion, Luminal, Euphyllin, Zitronen- u. Apfel-
saft, Tee

Wochenbett: pr eklamptisch, Wochenbett eklampsie, abgestellt (Cy-
ren B), paroxysmale Tachykardie, RR 160/130, Esbach 12‰, Diät
(Reistage)

Entlassung: 23.7.54. Verlegung auf die Med.-Klinik wegen Hypertonie
und Albuminurie u. peripapill rem  dem, RR 170/120

Fall 6

Geb.-Buch Nr. 1162 Name R.R. 29 Jhr. I-Para

Frühere Gravid.: 1 Sp.-Geburt, Kind lebt

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 24.2.54

Besonderh.währ.d.Gravid.: Übelkeit, Erbrechen, Kreuzschmerzen,
Kopfschmerzen

Aufnahme: 29.10.54, Objekt.Sympt.: RR 165/100, Ober- u. Unterschen-
kel deme, Varizen, Eiweiß in Spuren, Esbach 12‰, Urobilinogen po-
sitiv, Donné negat., Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Augenflimmern
Temp. 36,8, Puls 96

Geburtsh. Befund: 6 Tage post Term., Gravid. Mens. XI, Schädellage,
Blase steht, Wehen keine

Geburt: 7.12.54. Nach Blasensprengung bei guten Wehen Sp.-part. aus
re. HHL.

Kind: männlich, Gewicht 2630 g, Länge 49/49 cm, reif, lebensfrisch
Placentalperiode: Lösung nach Cr d , wegen Unvollständigkeit Nach-
tastung in Chloräthyl-Äther, heiße Uterusspülungen

Medikation: Orasthin, Neogynergen, Spasmolytica - Katheterismus

Wochenbett: am 14.  ochenbett-Tag gripp ser Infekt, sonst o.B.

Entlassung: 28.12.54 bei allg. Wohlbefinden, RR 110/65

Fall 7

Geb.-Buch Nr. 1243 Name N.M. 30 Jhr. I-Para

Frühere Gravid.: 1 Sectio, Kind lebt

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 28.3.54

Besonderh.währ.d.Gravid.: Fluor

Aufnahme: 30.12.54, Objekt.Sympt.: RR 150/125, Rest-N 38 mg%, Ei-
weiß stark positiv, Esbach 4‰, Manke-Sommer 80 mg%, Serumbilirubin
0,31 mg%, Nephropathie. Subjekt.Sympt. einer Präeklampsie
Temp. 37,2, Puls 107

Geburtsh. Befund: Ad Term., Gravid. Mens. X, Schädellage, Blase
steht, Wehen regelm ig

Geburt: 30.12.54. Sp.-part. aus li. HHL

Kind: weiblich, Gewicht 3510 g, Länge 50 cm, reif, lebensfrisch

Placentalperiode: Lösung nach Duncan, Austastung des unteren Uterin-
segments und Naht des Dammrisses in Narkonumalnarkose

Medikation: Traubenzucker, Lävosan, Vitamin B und C, Unophyllin,
Euphyllin, Spasmolytica, Aminotrat, Hepatisan

Wochenbett: strenge Nierend t (Hunger, Obst- und Honigtage) 4 Tage
post Term. Auftreten einer Cystopyelitis (Parasin), starke Blähungen
Rosenheldscher Symptomenkomplex) Mestinon

Entlassung: 14.1.55 bei allg. Wohlbefinden, RR 110/70

Fall 8

Geb.-Buch Nr. 19 (privat) Name W.H. 28 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 12.5.54

Besonderh.währ.d.Gravid.: Kopfschmerzen, Hände- u. Beinödeme,  bel-

keit, Erbrechen, Augenflimmern, Nervenentzündung am re. Bein, Krämpfe an beiden Beinen, Ohrensausen

Aufnahme: 21.2.54. Objekt.Sympt.: RR 150/80, geringe prätibiale Ödeme, Rest-N 39,5 mg%, Eiweiß in Spuren, Urobilinogen negat., Donne positiv, Serumbilirubin 0,49 mg%, Sedi: Leukos 18-20, Erys 1, Bakt. wenig. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Augenflimmern, Übelkeit, Ohrensausen, Toxikose - Temp. 37,4, Puls 64

Geburtsh. Befund: 3 Tage post Term. Gravid. Mens.X., re. Schädel-lage, keine Wehen. Subjekt.Sympt. verschlechtern sich.

Geburt: 22.2.54. Sectio in Chloräthyl-Äther

Kind: männlich, Gewicht 3250 g, Länge 49/50 cm, lebensfrisch (Synkavit, Orasthin)

Placentarperiode: o.B.

Medikation: Unophyllin, Berolase, Hostamycin, Dilaudid, Hämorrhoiden- und Rectidon Supp., Neogynergen - Katheterismus

Wochenbett: komplikationslos, am 2. Tag keine Beschwerden mehr, RR 135/80, salzlose Diät, Raupina

Entlassung: 11.3.54 als gebessert. Lap.-Wunde pp. verheilt, RR 145/75 weiterhin wird Schonung und Diät empfohlen, Kontrolle in 6 Wochen.

1955

Fall 1

Geb.-Buch Nr. 717 Name M.M. 33 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 8.11.54

Besonderh.währ.d.Gravid.: Ödeme

Aufnahme: 18.6.55. Objekt.Sympt.: RR 175/105, Gesichts- u. beidseitig Beinödeme, Rest-N 36,1 mg%, Eiweiß stark positiv, Sedi: Epith. 5-8 Leukos 4-6, Erys 2-4, Bakt. mäßig, hyal. Zylinder, Serumbilirubin 0,668, chron. Nephritis, Nephropathie. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen Temp. 37, Puls 80

Geburtsh. Befund: 5 Wochen a.Term., Gravid.Mens.IX, Schädel-lage, Wehen regelmäßig, Zeichen einer vorzeitigen Placentalösung, keine kindl. Herztöne auskultat. u. elektrocardiographisch nachweisbar

Geburt: 7.7.55. Nach Blasensprengung (wenig mekoniumhaltiges Fruchtwasser) partus aus re. HHL

Kind: männlich, Gewicht 1700 g, Länge 43 cm, frischtot

Placentarperiode: o.B. Lösung nach Schultze (Placenta zeigt reichl. Infarkte)

Medikation: Traubenzucker, Unophyllin, vitamin C, Berolase, Dolantin Einlauf

Wochenbett: Nierenschonkost (Obst-, Reis-, Honigtage)

Entlassung: 14.7.54 bei allg. Wohlbefinden

Obduktion des Kindes: Lebensschwache Früh-tot-ge-burt (starke Maceration, keinerlei innere und äußere Mißbildungen, keine intracranialen Blutungen)

Fall 2

Geb.-Buch Nr. 1047 Name K.L. 22 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 6.1. od. 9.1.55

Besonderh.währ.d.Gravid.: Hände-, Gesichts- u. Unterschenkelödeme, Nierenschmerzen, Fluor, Atembeschwerden

Aufnahme: 17.10.55. Objekt.Sympt.: RR 170/100, starke Ödeme an beiden Unterschenkeln, Füßen, Händen, Gesicht und Augenlidern, Rest-N 32 mg%, Eiweiß stark positiv, rsbach 1,5%, Abgang von reichlich Fruchtwasser. Subjekt.Sympt.: keine - Temp. 36,7, Puls 72

Geburtsh. Befund: Ad Term., Gravid.Mens.X, Schädel-lage, regelmäßige Wehen, vorzeitiger Blasensprung (reichlich mekoniumhaltiges Fruchtwasser)

Geburt: 18.10.55. Nach Episiotomie Forceps (Kielland-Zange) aus li. Beckenmitte-Querstand in Chloräthyl-Äther

Kind: männlich, Gewicht 3030 g, Länge 50 cm, reif, lebensfrisch.

Placentarperiode: o.B., sp. nach Schultze, Cervixrevision (Naht)
Medikation: Traubenzucker, Unophyllin, Cebion, BVK, Dolantin, Orasthin - Katheterismus
Wochenbett: Nierenschonkost, Rauwolfia-Präparate, Warnarzer Wasser
Entlassung: 3.11.55 bei allg. Wohlbefinden, weiterhin Diät empfohlen, RR 115/70

Fall 3

Geb.-Buch Nr.5 (privat) Name M.G. 21 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 10.9.54
Besonderh.währ.d.Gravid.: keine
Aufnahme: 30.12.54. Objekt.Sympt.: RR 180/110, Ödeme (Gesichts-, Papillen-, Hände- prätibiale Ödeme beiderseits) Rest-N 32 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 1,5%. Subjekt.Sympt.: keine
Temp. 36,4, Puls 72
Geburtsh. Befund: Gravid. Mens. X, reine Steißlage
Geburt: 7.1.55, Sectio (wegen drohender Eklampsie) in Chloräthyl-Ather aus li. Beckenendlage
Kind: weiblich, Gewicht 4100 g, Länge 53/53 cm, reif
Placentarperiode: o.B. (Orasthin)
Medikation: Dilaudid
Wochenbett: am 9. Tag Urin opal.,

Entlassung: 29.1.55 bei allg. Wohlbefinden, Kontrolle in 4 Wochen

Fall 4

Geb.-Buch Nr.208 (privat) Name B.A. 30 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 3.2.55
Besonderh.währ.d.Gravid.: Hand- u. Gesichtsoedeme, Erbrechen, Varizen an der vulva
Aufnahme: 11.11.55. Objekt.Sympt.: RR 160/120, Hände-, Gesichts- u. Unterschenkelödeme, Rest-N 42,66 mg%, Eiweiß in Spuren, Sedi: Epith. 4-7, Bakt. wenig, Leukos 2-4, Erys 0-1, Kanke-Sommer 80 mg%, Serumbilirubin 1,85 mg%, Weltmann 0,200, Nephropathie. Subjekt. Sympt.: Kopfschmerzen, Augenflimmern, Unruhe
Temp. 36,4, Puls 72
Geburtsh. Befund: 6 Tage post Term., Gravid. mens.4, re. Schädellage, keine Wehen
Geburt: 15.11.55. Sectio (dringender Kinderwunsch, Übertragung) in pot. Narkose aus re. Schädellage
Kind: weiblich, Gewicht 3100 g, Länge 50/51 cm, reif, lebensfrisch
Placentarperiode: o.B.
Medikation: Megaphen, Atosil, Evipan, Orasthin, Penicillin, Neostamycin, Dolantin, Traubenzucker, Lävosan, Cebion, Berolase, Euphyllin
Veriloid, Antibiotika, Prominaletten
Katheterismus, Sauerstoffatmung
Wochenbett: Nierenschonkost, li. Beckenvenenthrombose (Ruhigstellung feuchte Umschläge, Hirudoid, Liquemin, Syndromtabletten), Ikterus parenchymatosus (Iitrison, Gallendiät, Buscopan, Traubenzuckerinfusion), Blutdruck normalisiert sich, Diurese gut, Lap.-Wunde pp. verheilt, Urinbefund gebessert
Entlassung: 13.12.55 gegen Revers (Ikterus noch nicht gebessert) hausärztl. Behandlung dringend empfohlen

Fall 5

Geb.-Buch Nr. 623 Name J.K. 28 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 1.10.54
Besonderh.währ.d.Gravid.: Ödeme, Blutungen, Fluor, Varizen a.d.Vulva
Aufnahme: 9.6.55. Objekt.Sympt.: RR 115/90, Rest-N 31,22 mg%, Eiweiß in Spuren, Urobilinogen negat., Donné negat. Subjekt.Sympt.:

Kopfschmerzen - Temp. 36,8, Puls 88
Geburtsh. Befund: 4 Wochen a.Term., Gravid. Mens. IX, Schädellage, Blase gesprungen, Wehen gut, Steißbeinspitze etwas nach innen vorspringend, Becken scheint etwas verengt
Geburt: 9.6.55. Gemini, nach Preßwehe Sp.-part. aus re. HHL
1. Kind: weiblich, Gewicht 2470 g, Länge 47/46 cm, geringe Zeichen der Unreife. Nach Blasensprengung (mäßig klares Fruchtwasser) Sp.-part. aus li. HHL (Orasthin)
2. Kind: männlich, Gewicht 2410 g, Länge 47/47 cm, asphyktisch, geringe Zeichen der Unreife (Testis nicht descendiert), (Synkavit, Lobelin, vitamin K, Oxygen, Sauerstoffatmung). Wegen ausgeprägter Cyanose u. Dispnoe verlegung in die Kinderklinik, wo das Kind ad exitum kommt.
Placentarperiode: o.B. Lösung nach Schultze, Labiennahrt
Medikation: Spasmolytica, Megaphen, Dolantin, Traubenzucker, Urophyllin, Berolase, Luminal, Euphyllin, Strophantin, Kalzium, Orangensaft, Tee - Katheterismus
Wochenbett: Blutdruckkrise bis zu 200/100 (Veriloid), Besserung, Eiweiß im Urin 1%, neurolog. Subarachnoidalblutung, Subinvolutio uteri (Neogynergen)
Entlassung: 20.6.55 bei allg. Wohlbefinden, RR 120/75
Obduktion des 2. Kindes: Geringgradige Beatmung der Lunge, die durch eine hyal. Membran der Alveolen bedingt war. Es handelt sich um eine Mißbildung, die den Sauerstoffaustausch unmöglich machte.

1956

Fall 1

Geb.-Buch Nr. 1493 Name v.M. 38 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. anfangs April 1956

Besonderh. währ. d. Gravid.: Erbrechen, Fluor, Parästhesien an beiden Händen, Unterschenkelödeme, leichte Blutungen

Aufnahme: 29.12.56, präeklampsisch. Objekt. Sympt.: geringe Unterschenkelödeme beidseitig, RR 170/115, Eiweiß stark positiv, Donné negat., Urobilinogen positiv. Subjekt. Sympt.: Augenflimmern, leichte Blutung

Geburtsh. Befund: 14 Tage a.Term., Gravid. Mens. X, li. Schädellage, Blase steht, vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta

Geburt: 30.12.56 nach Preßwehe spontan aus li. HHL (alte Blutcoagula gingen ab)

Kind: männlich, Gewicht 2370 g, Länge 43/48 cm, unreif (Lobelin)

Placentarperiode: Lösung nach Schultze, Versorgung des Damm- und Scheidenrisses

Medikation: Serpasil, Nepresol, Dolantin, Orasthin. Eine mäßige Cysto-Pyelitis konnte durch Sulfonamide zum Abklingen gebracht werden

Wochenbett: komplikationslos

Entlassung: 11.1.57 bei allg. Wohlbefinden, RR normal

1957

Fall 1

Geb.-Buch Nr. 25 Name M.S. 22 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 6.4.56

Besonderh. währ. d. Gravid.: Kopfschmerzen, Augenflimmern, Brechreiz, Unterschenkelödeme, Blutungen

Aufnahme: 7.1.57. Objekt. Sympt.: RR 170/100, Esbach 7%, Urin: Eiweiß stark positiv, Urobilinogen vermehrt, Nephropathie, Unterschen-

kelödeme. Subjekt. Sympt.: Brechreiz, Kopfschmerzen
Temp. 37,2, Puls 80
Geburtsh. Befund: 7 Tage ante Term., Schädellage, stehende Blase, unregelmäßige Wehen, gute Herztöne
Geburt: 8.1.57. Nach Blasensprengung (wenig klares Fruchtwasser) u. Preßwehe Sp.-Part. aus li. HHL
Kind: männlich, Gewicht 2580 g, Länge 50/47 cm, reif, lebensfrisch
Placentarperiode: o.B.
Medikation: Serpasil, Nepresol, Dolantin
Wochenbett: Nierendiät, Euphyllin-Supp., gute Urinausscheidung, Esbach 2%
Entlassung: 18.2.57 Verlegung in die Med. Klinik, da erhöhte Eiweißwerte

Fall 2

Geb.-Buch Nr. 134 Name B.M. 30 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 30.5.56
Besonderh. währ. d. Gravid.: Übelkeit, Erbrechen, starke Beinödeme
Aufnahme: 4.12.56. Objekt. Sympt.: RR 150/110, Rest-N 40,18 mg%, Urin: Eiweiß stark positiv, Donne negativ., Urobilinogen negat., Esbach 1,75%, Nephropathie, Ödeme an beiden Beinen. Subjekt. Sympt.: Retinitis aluminurica, Kopfschmerzen, Augenflimmern, Erbrechen, Ziehen im Rücken, Ascites - Temp. 37,2, Puls 67
Geburtsh. Befund: 5 Wochen ante Term., Schädellage, stehende Blase, keine Wehen, keine kindl. Herztöne erkennbar (Orasthin), leichte Blutung, Ascites
Hohe Blasensprengung, Medic.-Einleitung
Geburt: 31.1.57. Nach Preßwehe Sp.-part. aus li. HHL (Orasthin)
Kind: weiblich, Gewicht 1370 g, Länge 39 cm, unreif, tot (Nabelschnurumschlingung 1 mal um den Hals) Maceration I^o
Placentarperiode: Placenta zeigt deutliche Zeichen der vorzeitigen Lösung sowie mehrere alte Infarkte
Medikation: Serpasil, Traubenzucker, Vitamin C u. B, Unophyllin, Orasthin, Plasmainfusion - Katheterismus
Wochenbett: komplikationsloser Verlauf
Entlassung: 19.2.57 als gebessert
Obduktion des Kindes: Intrauteriner Fruchttod bei Präeklampsie der Mutter. Ursache: Asphyktische Blutung unter d. Thymuskapsel, subpleural und subepicardial

Fall 3

Geb.-Buch Nr. 746 Name J.M. 24 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 4.10.56
Besonderh. währ. d. Gravid.: Salivation, Übelkeit
Aufnahme: 1.7.57. Objekt. Sympt.: RR 160/100, Rest-N 33 mg%, Urin: Eiweiß stark positiv, Donne negat., Nephropathie, Sedi: Erys 10-13 Leukos 1-3, Epith. 2-4, vereinz. hyal. Zylinder, leichte Unterschenkelödeme. Subjekt. Sympt.: Benommenheit, Parästhesien, Blutungen Temp. 37,0, Puls 80
Geburtsh. Befund: 10 Tage ante Term. li. Schädellage, Blase steht, keine Wehen, gute kindl. Herztöne
Geburt: 2.7.57. Nach Episiotomie und Blasensprengung (reichl. mekorrhaltiges Fruchtwasser) Forceps (Kielland-Zange) in Xylokain-Chloräthylrausch aus li. HHL
Kind: männlich, Gewicht 2050 g, Länge 46 cm, unreif, lebensfrisch (Synkavit)
Placentarperiode: Lösung nach Schultze, Cervixrevision, Epi.-Naht
Medikation: Serpasil, Luminal, Traubenzucker, Unophyllin, Vitamin C und B, Orasthin
Wochenbett: Nephropathie.-Th.
Entlassung: 26.7.57 als gebessert.

Fall 4

Geb.-Buch Nr. 1021 Name R.F. 33 Jhr. I-Para
Frühere Gravid.: 1956 eine Tochter, Kind lebt, gesund

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 15.1.56

Besonderh.währ.d.Gravid.: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Gesicht-, Bein- u. li. Armödeme

Aufnahme: 17.9.57. Objekt.Sympt.: RR 210/155, Rest-N 41,3 mg%, Xanthoprotein 17,67, Urin: Eiweiß stark positiv, Sedi: Epithelien, Leukos 2-8, vereinz.hyal.Zylinder, Gesicht-, Hand-, Bein- u. Bauch-Ödeme, Herzbefund, Lunge vereinz. Rgs, gesteigerte Reflexe
 Temp.36,7, Puls 84

Geburtsh. Befund: 5 Wochen ante Term., Schädel-lage, Blutung, leichte Wehen, Blase steht, kindl. Herztöne fraglich

Geburt: 18.9.57. Nach Blasensprengung und Preßwehen Sp.-part. aus li. HHL

Kind: männlich, Gewicht 3000 g, Länge 46 cm, tot (intrauterin abgestorben)

Medikation: Serpasil, Nepresol, Luminal, Cordalin, Litrisol, Spasmolytica, Obstsaft

Placentarperiode: Lösung nach Schultze, komplikationslos

Wochenbett: komplikationslos, Blutdruck und Esbachwerte sanken auf die Norm, Sediment o.B.

Entlassung: 4.10.57 als gebessert, weiterhin hausärztl. Therapie
Obduktion des Kindes: Totgeburt bei Präeklampsie der Mutter. Ursache: Atelektasen der Lunge, asphyktische subpleurale, subepicardiale Blutungen sowie Blutungen unter die Thymuskapsel, in die Falx u. Tentorium, ohne erkennbare Verletzungen, Blutung der parenchymatösen Organe. Blutungen in das Nierenparenchym, keine äußeren und inneren Mißbildungen

Fall 5

Geb.-Buch Nr. 1249 Name E.F. 18 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e. Mens. 31.3.57

Besonderh.währ.d.Gravid.: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Nephrose

Aufnahme: 26.11.57, Eilfall! Objekt.Sympt.: RR 225/140, Rest-N 44,9 mg%, Urin: Eiweiß stark positiv, Sedi: Leukos 5-6, granul. Zylinder, Esbach 6‰, Bein- u. Augenödeme. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Sehstörungen
 Temp. 36,5, Puls 86

Geburtsh. Befund: Gravid. Mens. XII, Schädel-lage, Blase steht, gute Wehen, keine kindlichen Herztöne

Geburt: 26.11.57. Nach Blasensprengung und Preßwehe Sp.-Partus aus li. HHL

Kind: männlich, Gewicht 1578 g, Länge 43 cm, unreif, tot, Maceration I°

Placentarperiode: Lösung nach Schultze, Nachtastung in Narkonumal-Athernarkose

Medikation: Serpasil, Nepresol, Supracillin

Wochenbett: Hypertonie und Albuminurie

Entlassung: 5.12.57 Verlegung in die Med.-Klinik

Obduktion des Kindes: Intrauteriner Fruchttod bei Präeklampsie. Ursache: Vollständige Maceration der Haut, hochgradige Fäulnis der Organe. Zeichen der Reife nicht vollständig ausgebildet. Atelektasen der Lunge, keine Zeichen von Lues, keine äußeren und inneren Mißbildungen.

E K L A M P S I E

1953

Fall 1

Geb.-Buch Nr. 582 Name B.M. 25 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 1.9.52

Besonderheiten während der Gravidität: keine

Aufnahme: 2.6.53. Objekt.Sympt.: präeklampsisch, RR 205/140, mäßige Ödeme, Rest-N 24,64 mg%, Eiweiß stark positiv, Sedi.Urobilinogen(+), Donné negat., Nephropathie. Subjekt.Sympt.: starke Kopfschmerzen, Augenflimmern, Magenbeschwerden, motorische Unruhe, Atembeschwerden beim Treppensteigen, Erbrechen - Temp.37°, Puls 80.

Geburtsh. Befund: 4 Tg.a.Term.Gravid.Mens.X, Schädellage, vorzeitiger Blasensprung, Wehen gut, Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser, Herztöne hörbar, starke Nebengeräusche.

Geburt: 3.6.53. Forceps (Kieilland-Zange nach Mm.-Icision und Episiotomie) Partus aus BM-Schrägstand. 5 Eklamp.-Anfälle sub part.

Kind: männlich, Gewicht 3500 g, Länge 51 cm, reif (Trachelkath.. Wechselbäder) Wandernabelbruch

Placentarperiode: Placenta manuell exprimiert nach Credé, Uterusspülungen, Cervix-, Scheiden-, Mm.-Icisions- und Episiotomienahrt.

Medikation: Rißmannschema, Traubenzucker, Berolase, Unophyllin, Dolantin, Avacan, Betabion, Orasthin, Hostamycin, Tutofuscin, Euphyllin, Zitronensaft, Katheterismus, Aderlaß, künstl. Atmung, Gummikeil, Äther

Wochenbett: RR sinkt nach Partus zur Norm herab, Ausscheidung bessert sich, Eiweißwerte sinken bis zur Opaleszenz, Bettruhe, Diät (Obstsaft, Nierenkost), Aminotrat, Vitamin B.

Entlassung: 20.6.53 als gebessert, Wunde pp verheilt, Rest-N 24,6 mg%, RR 120/70, weiterhin Schonung.

Fall 2

Geb.-Buch Nr. 586 Name B.V. 39 Jhr. I-Para

Frühere Gravid.: 1 Sp.-Geburt

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 6.9.52.

Besonderh.währ.d.Gravid.: Kopfschmerzen, Unterschenkelödeme, Mm.-Blutung, Schwindel, Magenbeschwerden, 2 Eklamp.-Anfälle 1 Tag a part.

Aufnahme: 16.5.53. Objekt.Sympt.: RR 165/115, geringe Ödeme an beiden Unterschenkeln, Rest-N 30,7 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 7,75%, Sedi: Erys 1-5, Leukos 0-2, Bakt. mäßig, einige granul. u. hyal. Zylinder, Donné negat. Subjekt. Sympt.: leichte Bronchitis, Benommenheit - Puls 78

Geburtsh. Befund: 9 Tg.a.Term.,Gravid.Mens.X, Blase steht, Wehen gut.

Geburt: 4.6.53, Blasensprengung (wenig Fruchtwasser), nach Preßwehe Sp.-partus aus re.HHL.

Kind: weiblich, Gewicht 2200 g, Länge 46/48 cm, knapp reif.

Placentarperiode: o.B., Lösung nach Schultze.

Medikation: Dolantin, Traubenzucker, Vitamin C, Berolase, Luminal, Magnesiumsulfat, Euphyllin, Unophyllin, Cordalin, Apfelsaft Katheterismus, künstl. Atmung, Gummikeil, Aderlaß.

Wochenbett: Bettruhe, Nierendiät(Obsttage), Ausscheidung nimmt zu, RR sinkt, Esbach 1,5%, Traubenzucker, Berolase, Unophyllin

Entlassung: 30.6.53 bei gutem A.u.EZ. Weiterhin strenge Bettruhe, Diät, RR 120/90.

Fall 3

Geb.-Buch Nr. 711 Name R.A. 24 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. Ende Oktober 1952

Besonderheiten während der Gravidität: Kopfschmerzen, Erbrechen, 4 Eklamp.-Anfälle a.part.

Aufnahme: 7.7.53. Objekt.Sympt.: RR 120/110, starke Ödeme an beiden Füßen und Unterschenkeln, Rest-N 33,4 mg%, Eiweiß stark positiv, Sediment: Leukos 4-6, hyal.Zylinder, Kochsalz-Serum 642 mg%, Stauungspille. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Benommenheit, Atemnot

Temp. 37,5, Puls 100.

Geburtsh. Befund: 3 Wochen a.Term., Gravid.Mens.X, Blase gesprungen, häufig und gute Wehen

Geburt: 7.7.53, nach Preßwehe Sp.-part. aus li. HHL.

Kind: weiblich, Gewicht 2470 g, Länge 47 cm, knapp reif, ohne Herzschlag, Wiederbelebungsversuche (Trachelkatheter, künstl. Atmung, Wechselbäder) ohne Erfolg (Lobelin, Lobesym, Orasthin).

Placentarperiode: o.B. Lösung nach Schultze

Medikation: Ribmannschema, Dolantin, Traubenzucker, Unophyllin, Luminal, Berolase, Hostamycin, Pendiomid, Lävosan, Campher-Depot, Transpulmin, Vitamin K.

Wochenbett: Patientin sehr unruhig, nicht ansprechbar (Lumbalpunktion Äthernarkose) Herztöne und Puls sinken, Reflexe nicht mehr auslösbar - Patientin kommt am 9.7.53 ad exitum infolge akuter Atemlähmung.

Fall 4

Geb.-Buch Nr. XII (außerhalb entbunden) Name K.L. 27 Jhr. O-Para

Frühere Gravidität: keine

Jetzige Gravidität: 1e Mens. (21.11.52)

Besonderheiten während der Gravidität: Übelkeit, Erbrechen, Ödeme,

5 Eklamp.-Anfälle (Morphium)

Aufnahme: 22.8.53 im 5. E.-Anfall. Objekt.Sympt.: RR 160/120, geringgradige Knöchelödeme, Rest-N 46,7 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 15%, Urobilinogen positiv, Donné negat., Zucker stark positiv, Subjekt.Sympt.: bewußtlos

Temp. 36,8, Puls 100.

Geburt: 18.8.53

Kind: weiblich

Placentarperiode: o.B.

Medikation: Stroganoff-Schema, Dolantin, Traubenzucker, Unophyllin, Vitamin C, Luminal, Berolase, Cebion, Zitronensaft

Katheterismus, Adlerlaß

Wochenbett: 5 Eklamp.-Anfälle, strenge Nierendiät, sonst komplikationslos.

Entlassung: 19.9.53 bei allg. Wohlbefinden, Albumen opal., Zucker negat., Donné negat., Leukos 1-3, Bakt. wenig, Nierenfunktionsprüfung in 3-4 Wochen, RR 110/70.

Fall 5

Geb.-Buch Nr. 933 Name Sch.R. 21 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 20.11.52.

Besonderheiten während der Gravidität: Ödeme, nervöse Störungen,

1 Eklamp.-Anfall

Aufnahme: 18.9.53. Objekt.Sympt.: RR 160/90, Knöchel- und peritibiale Ödeme, Rest-N 30,89 mg%, Eiweiß stark positiv, Erys 1-2, vereinzelt Leukos, Urobilinogen positiv, Donné negat., Reflexe gesteigert, Nephropathie, Zucker positiv. Subjekt.Sympt.: Kreuzschmerzen, Erbrechen - Temp. 37,7, Puls 100.

Geburtsh. Befund: Gravid.Mens.XI. 3 Wo.p.Term., Schädellage, Blase gesprungen, Wehen gut.

Geburt: 18.9.53, nach Preßwehe Sp.-part. aus li.HHL.

Kind: weiblich, Gewicht 2850 g, Länge 46/47 cm, reif, lebensfrisch

Placentarperiode: o.B., Lösung nach Duncan

1 Eklamp.-Anfall post partum

Medikation: Ribmannschema, Dolantin, Luminal, Traubenzucker, Unophyllin, Berolase

Wochenbett: Nierendiät (Obst- und Monigtage), sonst komplikationslos

Entlassung: 5.10.53 bei allg. Wohlbefinden, Urin opal., RR 125/85.

Fall 6

Geb.-Buch Nr. 1021 Name M.A. 35 Jhr. II-Para

Frühere Gravid.: 2 Sp.-part., Kinder leben, gesund

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 8.4.53

Besonderheiten während der Gravidität: Fußödeme, Augenflimmern, Magendrücken, Varizen, 1 Eklamp.-Anfall

Aufnahme: 6.10.53. Objekt.Sympt.: RR 230/160, starke Unterschenkel-

ödeme beidseitig, Rest-N 78,4 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 20%

Sedi: granul.u.hyal.Zylinder, Erys massenhaft, Leukos, Epithelien,

Bakt. mäßig, Urobilinogen positiv, Urobilin u.Bilirubin positiv, A-

maurose. Subjekt.Sympt.: Sehstörungen, Benommenheit, Papillarödem,

Ikterus, Cystitis gravid. - Temp. 38, Puls 112

Geburtsh. Befund: 3 Monate a.Term., Gravid.Mens.VII, Blase steht

(sichtbar) reine Steißlage, Wehen

Geburt: 13.10.53, Sp.-part., Entwicklung nach Bracht

Kind: weiblich, Gewicht 860 g, Länge 36 cm, unreif, tot (Macer-

ation IIII°)

Placentarperiode: o.B., Lösung nach Schultze

Medikation: Dolantin, Unophyllin, Berolase, Magnesiumsulfat, Pen-

diomid

Wochenbett: komplikationslos, Diät (Obsttage), gutes Allg.-Befinden

Ausscheidung bessert sich, Esbach zwischen 5-2%, RR sinkt auf 155/90

Entlassung: 7.12.53. Verlegung auf Med. Klinik wegen Verdacht auf

chron. Nierenschaden (Esbach weiter zwischen 1-5%, RR normal, Sedi:

vereinzelt hyal. Zylinder, sonst gutes Allgemeinbefinden.

Fall 7

Geb.-Buch Nr. XIV (außerhalb entbunden) Name S.P. 20 Jhr. 0-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. unbekannt

Besonderheiten während der Gravidität: keine

Aufnahme: 28.11.53. Objekt.Sympt.: RR 145/115, mäßige Ödeme,

Rest-N 37,2 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 8%, Sedi: vereinzelt

Leukos, Epithelien mäßig, hyal. Zylinder, Urobilinogen positiv,

Donné positiv. Subjekt.Sympt.: Unruhe - Puls 64

Geburt: 28.11.53, 3 Eklampsie-Anfälle post part.

Kind: weiblich, Gewicht 1980 g, Länge 43/43 cm

Placentarperiode: o.B.

Medikation: Dolantin, Luminal, Apfelsinensaft

Wochenbett: strenge Bettruhe, Diät, Eiweiß sinkt rasch ab, RR nor-

mal, Ausscheidung gut, keine subjektiven Beschwerden mehr

Entlassung: 23.12.53 als gebessert -gegen Revers-, beschwerdefrei,

Esbach 3,4%, RR 110/70, Rest-N 37,2 mg%

Fall 8

Geb.-Buch Nr.30 privat Name K.B. 39 Jhr. I-Para

Frühere Gravid.: 1 Sectio, Kind lebt, 1 Abortus Mens. III

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 7.7.52

Besonderheiten während der Gravidität: Übelkeit, Erbrechen, Toxi-

kose

Aufnahme: 24.2.53. Objekt.Sympt.: präeklampsisch, RR 175/120,

Rest-N 38,3 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 4,5%, Donné negat.,

Urobilinogen schwach positiv, Sedi: vereinzelt krys. Leukos, Epi-

thelien, hyal.u.granul.Zylinder selten, Nephropathie. Subjekt.

Sympt.: Kopfschmerzen, Sehstörungen, Augenflimmern, Unruhe. plötzl.

Erblinden - Temp. 36,8, Puls 76

Geburtsh. Befund: 4 Wochen a.Term., Gravid.Mens.IX, Schädel-
lage

Geburt: 15.3.53. Sectio (weg.präeklamps.Sympt.) in Chloräthyläther

aus li. Schädel-
lage, 2 Eklamp.-Anfälle post part.

Kind: männlich, Gewicht 1550 g, Länge 42/42,5 cm, oligopnoisch, un-

reif (Wechselbad, Trachealkatheter, Orasthin)

Placentarperiode: o.B.

Medikation: Penicillin, Traubenzucker, Dolantin, Unophyllin, Eu-

phyllin, Transpulmin, Luminal, Magnesiumsulfat, Berolase, Dilaudid, Katheterismus

Wochenbett: strenge Nierendiät (Obsttage, Safttage), Hostamycin-schutz, da weiterhin Esbach u. Donné positiv, Leukos über 50 im Urin-Sedi., keine Bakterien, keine Erreger nachweisbar. Urolog. Untersuchung (Cystoskopie, Bariumcystographie) Befund: eiternde Fistelöffnung am Fundus uteri (Gandrisinstoß) im Bereich der Blasenkontraktur schwacher Kontrastmittelaustritt
Entlassung: 20.4.53 als gebessert, Patientin muß alle 8 Tage in unsere Klinik zur Kontrolle.

1954

Fall 1

Geb.-Buch Nr. III b (außerhalb entbunden) Name R.E. 41 Jhr. IV-Para
Frühere Gravid.: 4 Sp.-Geburten, Kinder leben

Jetzige Gravid.: 1e Mens. unbekannt

Besonderheiten während der Gravidität: leichte Übelkeit

Aufnahme: 20.2.54. Objekt.Sympt.: RR 200/120, Esbach 9,0%, Rest-N 49 mg%, vereinz. granul. u. hyal. Zylinder, Serumbilirubin 0,11 mg%. Subjekt.Sympt.: Benommenheit, Kopfschmerzen - Lumbalpunktion ergibt blutigen Liquor, intralumbaler Druck 300 mm Quecksilber
Puls 96

Geburt: 19.2.54, nach 12-jähriger Pause, vorderer Asynklitismus, 1 Eklamp.-Anfall post part., außerhalb, daher Klinikeinweisung
Placentarperiode: o.B.

Medikation: Rismannschema, Dolantin, Traubenzucker, Periston, Berolase, Euphyllin, Luminal, Magnesiumsulfat, Pendiomid, Sangostop, Haemocavit, Vitamin B, Äther, Apfelsaft, Apfelsinen
Katheterismus, Aderlaß

Wochenbett: 140 Eklamp.-Anfälle innerhalb 48 Stunden, Kopfschmerzen, allg. Schwäche, Bettruhe, Diät, Nierenschonkost (Honig- u. Obsttage) allg. reborierende Maßnahmen

Entlassung: 15.4.54, bei allg. subjekt. Wohlbefinden, neurologischer Befund o.B.

Fall 2

Geb.-Buch Nr. 434 Name K.M. 28 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. Juli 1953

Besonderheiten während der Gravidität: seit 3 Wo. Odeme an beiden Beinen, 5 Eklamp.-Anfälle (2 zu Hause, 3 im Auto)
1943 Lu. u. Go.

Aufnahme: 12.4.54, Objekt.Sympt.: Bewußtlosigkeit, RR 170/90, starke Gesichtswasser, Hände- u. Beinödeme, Eiweiß stark positiv, Esbach 2,75%, Sedi: mäßig hyal. Zylinder, Leukos 4-8, Erys 3-5, Epith. 2-4, Salze wenig, Donné negat., Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Augenflimmern - Temp. 37,2, Puls 86

Geburtsh. Befund: 10 Tage a.Term., Gravid.Mens.X (unklar, Schädel-lage, vorzeitiger Blasensprung, keine kindl. Herztöne nachweisbar, Eklamp.-Anfälle in der Klinik

Geburt: 22.4.54, Sp.-part. aus li.HHL

Kind: männlich, 1980 g, Länge 50 cm, gestorben, unreif

Placentarperiode: o.B.

Medikation: Rismannschema, Dolantin, Traubenzucker, Berolase, Vitamin B-Komplex, Luminal, Magnesiumsulfat, Lävosan, Unophyllin, Cebion, Avacan - Katheterismus, Sauerstoffatmung

Wochenbett: komplikationslos, abgestellt (Cyren B), Nierendiät (Obsttage) führt zu Besserung des Urinbefundes

Entlassung: 15.5.54 bei allg. Wohlbefinden, RR normal, Esbach 2,6%, Eiweiß opal.

Fall 3

Geb.-Buch Nr.VII Name L.M. 39 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. August/Sept. 54

Besonderheiten während der Gravidität: Kreuz-, Kopf- und Leibschmerzen, häufiges Wasserlassen, 2 Eklamp.-Anfälle a.part.

Aufnahme: 19.4.54. Objekt.Sympt.: RR 225/125, Eiweiß stark positiv, Esbach 9‰. Subjekt.Sympt.: Unruhe, Benommenheit
Temp. 37,1, Puls 88

Geburtsh. Befund: Gravid.Mens.VI/VII, Schädellage, sichtbar stehende Blase, keine Wehen, keine kindlichen Herztöne hörbar.

Geburt: 7.5.54 nach Presswehe und Blasensprengung (wenig blutiges, mekoniumhaltiges Fruchtwasser) Sp.-part. aus li. Schädellage

Kind: männlich, Gewicht 700 g, Länge 32 cm, unreif (Maceration III^o) (Orasthin)

Placentarperiode: o.B.

Medikation: Rißmannschema, Dolantin, Traubenzucker, Unophyllin, Berolase, Haemocavit, Pendionid, Luminal, Vitamin B und C, Euphyllin, Apfelsinen- und Apfelsaft, Honig, Tee, Kaffee
Katheterismus, Aderlaß

Wochenbett: Bettruhe, RR sank zur Norm, gute Diurese, Diät

Entlassung: 22.5.54 bei allg. Wohlbefinden, normaler Blutdruck und Urinbefund, RR 120/75

Fall 4

Geb.-Buch Nr. 488 Name S.A. 34 Jahre I-Para

Frühere Gravid.: 1 Sp.-Geburt, Kind lebt

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 3.10.53

Besonderheiten während der Gravidität: Kopfschmerzen, Beinödeme, Erbrechen, Blutungen, 2 Eklamp.-Anfälle zu Hause

Aufnahme: 10.5.54. RR 185/95, Eiweiß stark positiv, Donné negat.

Geburtsh. Befund: 8 Wochen a.Term., Gravid.Mens.VIII, Schädellage, Blase steht, Wehen

Geburt: 11.5.54 nach Presswehe und Blasensprengung (mäßig trübes Fruchtwasser) Sp.-part. aus li. HHL

E.-Anfall sub.part., 3 Anfälle post. part.

Kind: männlich, Gewicht 1600 g, Länge 41 cm, unreif, apnoisch (Synkavit, Wechselbäder, künstl. Atmung, Sauerstoffgabe)

Placentarperiode: o.B. Nachtastung, da Placenta nicht vollständig

Medikation: Rißmannschema, Dolantin, Traubenzucker, Berolase, Unophyllin, Cebion, Luminal, Haemocavit, Euphyllin, Tee, Zitronensaft, Mischspritze - Katheterismus

Wochenbett: strenge Bettruhe, Diät (Obsttage, Gaben von Antibiotica, Uterotonica, Euphyllin, Esbach sinkt auf normale Werte)

Entlassung: 29.5.54 bei allg. Wohlbefinden, RR 125/80

Fall 5

Geb.-Buch Nr. 642 Name R.E. 26 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Besonderh.währ.d.Gravid.: 1 Eklamp.-Anfall zu Hause

Aufnahme: 23.6.54. Objekt.Sympt.: RR 190/130, excessive Odeme, Rest-N 47,46 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 15‰, Sedi: hyal. Zylinder mäßig, Bakt. mäßig, Leukos 3-6, Erys 2-3, Epith., Donné negat. Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen

Geburtsh. Befund: Ad Term., Gravid. Mens.X, Schädellage, Blase gesprungen, anfangs mäßige, dann gute Wehen

Geburt: 23.6.54 nach Episiotomie und Presswehen Sp.-part. aus li. HHL; Eklamp.-Anfall sub.part.

Kind: weiblich, Gewicht 2220 g, Länge 45/46 cm, leicht oligopnoisch (Jobelin, Syncavit, Orasthin, kindliche Herztöne steigen an)

Placentarperiode: o.B. Episiotomienacht in Chloräthyl-Ather

Medikation: Rißmannschema, Dolantin, Luminal, Traubenzucker, Lävö-san, Unophyllin, Haemocavit, Pendionid, Amintrat, Masedon, DHT, Diamox, Traubenzucker, Vitamin C und B

Katheterismus, Sauerstoffatmung

Wochenbett: Bettruhe, Nephropathie, strenge Nierendiät (Obst-, Hunger- und Honigtage); langsame Normalisierungstendenz, Rest-N 47 mg%, Serumbilirubin 0,46 mg%, Manke-Sommer 80 mg%, Weltmann 2 Röhrchen

Entlassung: 7.8.54 gegen Revers 14 Tage post part. RR 120/80, Esbach 1%, Proteinurie, sonst allg. Wohlbefinden, weitere Diät wird empfohlen

Fall 6

Geb.-Buch Nr.XXI (außerhalb entbunden) Name G.R. 34 Jhr.II-Para
Frühere Gravid.: 2 Sp.-Geburten, Kinder leben, 1 Abortus Mens.III
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 16.1.54

Besonderh.währ.d.Gravid.: Übelkeit, Erbrechen, Varizen, Fluor, Ödeme
Aufnahme: 25.9.54. Objekt.Sympt.: RR 185/105, Eiweiß stark positiv, Esbach 15%, Rest-N 39,5 mg%, Sedi: Erys 2-4, Leukos 1-2, hyal. Zylinder, Epith. 2-3, Detritus mäßig, Salze mäßig, Donné negat., Serumbilirubin 1,67 mg%, leichte Unterschenkelödeme beidseitig Temp. 36,5 Puls 104

Geburt: 25.9.54, ein eklamp. Anfall post part. außerhalb
Medikation: Ribmannschema, Dolantin, Luminal, Traubenzucker, Unophyllin, Vitamin C und B, Berolase, Zitronen-, Orangensaft, Birnen, Reis - Katheterismus

Wochenbett: Bettruhe, Nierendiät (Obst-, Reis- und Honigtage), Uterotonika, Euphyllin

Entlassung: 6.10.54 gegen Revers, RR 120/80, Eiweißausscheidung 0,3‰.

Fall 7

Geb.-Buch Nr.1108 Name W.E. 21 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. unbekannt

Besonderheiten während der Gravidität: leichte Ödeme, Erbrechen, 2-3 Eklamp.-Anfälle

Aufnahme: 23.11.54. Objekt.Sympt.:RR 240/120, ausgeprägte Unterschenkelödeme, Rest-N 53,49 mg%, Eiweiß stark positiv, Epith. und Leukos mäßig, Bakt. viel, granul.-, hyal.- und Wachszylinder, Donné negat., Retinitis eklampitika. Subjekt.Sympt.: Bewußtlosigkeit
Geburtsh. Befund: Vier Wochen a.Term., Gravid.Mens.IX, frühzeitiger Blasensprung, keine Wehentätigkeit

Geburt: 24.11.54. Forceps aus li. Beckenbodenquerstand (Straßburger Zange) in Äthernarkose, 7 Eklamp.-Anfälle in der Klinik

Kind: weiblich, Gewicht 1950 g, Länge 47 cm, unreif, tot (Exitus letalis)

Placentarperiode: o.B., Lösung spontan

Medikation: Ribmannschema, Dolantin, Traubenzucker, Euphyllin, Berolase, Vitamin B und K, Pendiomid, Unophyllin, Luminal, magnesiumsulfat, Sympatol (wegen Dekompensation), DHT, Strophantin, Neogynergen, Effortil, Terramycin, Pulmo 500, Orasthin, Hostamycin
Katheterismus (dunkelbrauner Urin)Aderlaß,Sauerstoffatmung,Äther

Wochenbett: Pat. kommt einen Tag post part. am 26.11.54 ad exitum (Kreislauf- und Herzversagen infolge eines massiven Lungenödems)
Obduktion des Kindes: Fortgeschrittene Fäulnis aller Organe, keine inneren und äußeren Mißbildungen, fötale Atelektasen der Lunge, mittelgroß tropfige acinoperiphere Verfettung der Leber, keine deutlich nachweisbaren Nierenveränderungen

Obduktion der Mutter: Eklampsie mit zahlreichen hämorrhagischen Nekrosen und diffuser mittel- bis feintropfiger Verfettung der Leber, Eklampsieniere, Hirnschwellung, Dilatation beider Herzkammern, flächenhafte, subendokardiale Blutung im Bereich des linken Ventrikels, massive Lungenödeme, interstitielles Lungenemphysem, akute Tracheobronchitis.

1955

Fall 1

Geb.-Buch Nr.II Name M.J. 20 Jhr. II-Para
Frühere Gravid.: 2 Sp.-Geburten, beide Kinder leben, gesund
Jetzige Gravid.: 1e Mens. Juni 54
Besonderh.währ.d.Gravid.: Erbrechen, Nierenschmerzen, 2 Eklamp.-Anfälle a.part. außerhalb
Aufnahme: 29.1.55. Objekt.Sympt.: RR 155/100, Unterschenkelödeme, Rest-N 32,02 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 6%, Urobilinogen negativ., Donné negat., geringe Varizen. Subjekt.Sympt.: kolikartige Magenbeschwerden, Benommenheit - Puls 100.
Geburtsh. Befund: Gravid.Mens.VII, Schädellage, Blase steht, Wehen regelmäßig, 12 Eklamp.-Anfälle a.part. in der Klinik
Geburt: 30.1.55, Blasensprengung, nach Preßwehe Sp.-part., Kind und Placenta
Kind: weiblich, Gewicht 830 g, Länge 34 cm, unreif, tot (Orasthin)
Medikation: Ribmannschema, Dolantin, Luminal, Natrium, Magnesium, Lävosan, Unophyllin, Cebion, Berolase - Katheterismus
Wochenbett: Diät (Obst-, Saft- und Honigtage) Bettruhe, Euphyllin, Aminotrat, Zustand der Patientin bessert sich bald
Entlassung: gegen Revers bei allg. Wohlbefinden, RR 120/95, Eiweiß im Urin opal., keine Ödeme, weiterhin strenge Diät, Euphyllin, Tenosin u. ärztl. Kontrolle
Obduktion des Kindes: unreife Frühgeburt (Mens. 7-8).

Fall 2

Geb.-Buch Nr.333 Name B.M. 32 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 15.8.54
Besonderh.währ.d.Gravid.: Ober- und Unterschenkelödeme, Genitalblutung, Augenflimmern, Schwindel, Atemnot, Parotitis, anschließend pelziges Gefühl in den Händen
Aufnahme: 25.3.55, präeklampsisch. Objekt.Sympt.: RR 200/100, Ober- u. Unterschenkelödeme, Rest-N 29.79 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 16%, Sedi: hyal.u.granul. Zylinder, Erys 2-3, Leukos 1-2, Bakt.wenig, Donné negat., Urobilinogen negat., schwere Toxikose, Subjekt.Sympt.: Augenflimmern - Temp.37,3, Puls 100
Geburtsh. Befund: Gravid.Mens.VIII, vorzeitige Placentalösung, uteroplacentare Apoplexie, kindliche Herztöne nicht mit Sicherheit nachweisbar - 1 Eklamp.-Anfall a.part. in der Klinik
Geburt: 26.3.55, Sectio
Kind: weiblich, Gewicht 1880 g, Länge 40 cm, unreif, tot
Placentarperiode: manuelle Placentalösung (in Placentamitte ist eine handtellergroße Fläche mit alten Blutcoagula)
Medikation: Dolantin, Luminal, Traubenzucker, Unophyllin, Vitamin B und C, Combetin, Veradoid, Lävosan, Cebion, B.V.K.-Roche, Plasma, Magnesiumsulfat, Euphyllin, Orasthin, Hostamycin, Spasmolytica
Katheterismus
Wochenbett: Patientin kommt am 31.3.55 ad exitum (Herz und Kreislauf versagen bei bestehendem Lungenödem)
Obduktion der Mutter wird verweigert
Obduktion des Kindes ergibt intrauterinen Fruchttod, Ursache: Frühgeburt mit Asphyxie

Fall 3

Geb.-Buch Nr.370 Name G.M. 20 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 15.7.54
Besonderh.währ.d.Gravid.: seit 4 Wochen Obstipation
Aufnahme: 4.4.55. Objekt.Sympt.: RR 160/120, starke Unterschenkel-Ödeme, Eiweiß stark positiv, Donné negat., Urobilinogen negat., Temp. 37,6, Puls 92

Geburtsh. Befund: 17 Tage a.Term., Gravid.Mens.X, Blase steht, gute Wehen (sekundäre Wehenschwäche, Orasthin), Gemini

Geburt: 5.4.55 nach Blasensprengung bei völlig eröffnetem MM Sp.-Geburt aus li HHL

1. Kind: männlich, Gewicht 2540 g, Länge 49/50 cm reif, lebensfrisch, nach äußerer Wendung (2. Kind befindet sich in li. Steißlage) und Episiotomie Sp.-part. aus re. HHL

2. Kind: männlich, Gewicht 2900 g, Länge 52 cm, reif, oligopnoisch (Wechselbad, Trachealkatheter, Orasthin, Neogynergen, Lobelin, Sympatol, Synkavit, Cardiazol

Placentarperiode: o.B., Scheidenriß- und Episiotomienah in Lokalanästhesie - 2 Eklamp.-Anfälle post part.

Medikation: Rißmannschema, Dolantin, Luminal, Traubenzucker, Magnessium, Vitamin C, Strophantin, Orangensaft
Katheterismus, O₂-Atmung, Narkose

Wochenbett: Nierendiät, sonst komplikationslos

Entlassung: 16.4.55 bei allg. Wohlbefinden, RR 105/90

Fall 4

Geb.-Buch Nr. 442 Name F.R. 32 Jhr. III-Para

Frühere Gravid.: 3 Sp.-Geburten, Kinder leben, 1 Abortus Mens.4

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 19.9.54

Besonderh.währ.d.Gravid.: Ödeme, E.-Anfall

Aufnahme: 21.4.55, präeklampsisch. Objekt.Sympt.: RR 190/150, Papillarödeme, Eiweiß stark positiv, Donné negat., Urobilinogen positiv, Urobilin positiv, Bilirubin positiv, Serumbilirubin 3,48, Sedi: Erys 20-30, Leukos 1-3, Epith. 2-3, Bakt. wenig, Wachs- u. hyal. Zylinder, Aplatia retinae, chron. Nephritis, Leberschaden
Subjekt.Sympt.: Kopfschmerzen, Sehstörungen, Augenflimmern, Hämatom an der re. Mesosalpinx - Temp. 36,8, Puls 80

Geburtsh. Befund: 8 Wochen a.Term. Gravid.Mens.VIII, Schädellage, stehende Blase, keine Wehen

Geburt: 22.4.55, Sectio (Madlener Sterilisatio) in Äthernarkose

Kind: weiblich, Gewicht 1150 g, Länge 39 cm, unreif (kann nicht zur regelmäßigen Atmung gebracht werden)

Placentarperiode: o.B., manuelle Placentalösung

1 Eklamp.-Anfall

Medikation: Traubenzucker, Unophyllin, Vitamin B und C, Berolase, Iävosan, Dilaudid, Combetin, Orasthin, Euphyllin, Effortil, Digitoxin, Periston - Katheterismus

Wochenbett: Bettruhe, Diät, Nierenschonkost (Obst- u. Honigtage)
Thrombose erst re., dann li. Bein (Lokaltherapie), RR, Diurese, Serumbilirubin, Rest-N sinken zur Norm, Papillenödeme gebessert

Entlassung: 14.5.55 als gebessert gegen Revers, in 6 Wochen Kontr. haus- und augenärztliche Behandlung wird empfohlen

Obduktion des Kindes: Fruchtotreburt (Asphyktische Blutung subdural, subendocardial und unter der Thymuskapsel, geringe Fruchtwasser-aspiration, Atelektasen an der Lunge, keine inneren und äußeren Mißbildungen).

Fall 5

Geb.-Buch Nr. 474 Name R.P. 31 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 20.7.54

Besonderh.währ.d.Gravid.: seit 6-8 Wochen Fußödeme

Aufnahme: 30.4.54, präeklampsisch. Objekt.Sympt.: RR 165/110, leichte Unterschenkelödeme beidseitig, Eiweiß stark positiv, Sedi: hyal.Zylinder, Leukos 0-1, Bakt. wenig, Donné negat., Urobilinogen negat., Nephropathie

Temp. 37,5, Puls 88 - ; Eklamp.-Anfall kurz nach Aufnahme

Geburtsh. Befund: 3 Tage post Term., Gravid.Mens.XI, re. Beckenquerstand, Wehen anfangs unregelmäßig, später regelmäßig, sehr schmerzhaft

Geburt: 1.5.55, Forceps nach Preßwehe aus li. HHL
 Kind: weiblich, Gewicht 3150 g, Länge 52/52 cm, reif, lebensfrisch (Synkavit)
Placentarperiode: o.B., Lösung nach Schultze, Cerviarevision
Medikation: Rißmannschema, Traubenzucker, Berolase, Unophyllin, Pendiomid, Cebion, Spasmolytika, Strophantin, Vitamin B, Dolantin, Luminal, Magnesiumsulfat
Wochenbett: komplikationslos; Nierendiät, Flüssigkeitszufuhr kommt in Gang, RR sinkt rasch auf die Norm
Entlassung: 11.5.55 als gebessert, gegen Revers, nur noch Spuren von Eiweiß. Empfohlen wird weiterhin strenge Diät und ärztl. Kontrolle. RR 130/80

Fall 6

Geb.-Buch Nr. XII (außerhalb entbunden) Name F.A. 20 Jhr, O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 25.8.54
Besonderh. währ.d.Gravid.: unbekannt
Geburt: 26.5.55. Spontan aus li. Steißlage, Gravid. Mens. X
Placentarperiode: o.B.
 1 Eklamp.-Anfall 2 1/2 Std. post part. nach weiteren 4 Anfällen
Aufnahme: 27.5.55. Objekt.Sympt.: RR 140/105, Ödeme an beiden Unterschenkeln, Esbach 4%, Eiweiß stark positiv, Rest-N 40 mg%, Sedi: hyal. Zylinder, Erys 1-3, Leukos o-1, Bakt. wenig, Donne negat., Urobilinogen negat., Zucker in Spuren. Subjekt.Sympt.: keine
 1 weiterer Eklamp.-Anfall in der Klinik
Medikation: Rißmannschema, Traubenzucker, Dolantin, Unophyllin, Vitamin C, Berolase, Digitoxin, Cebion, Pendiomid, Luminal, Magnesium, MgSo₄, Lävosen, Synkavit, Supracillin, Apfel- und Orangensaft, Tee - Katheterismus
Entlassung: als gebessert

Fall 7

Geb.-Buch Nr. 639 Name H.H. 19 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 29.10.54
Besonderh. währ.d.Gravid.: Ödeme, Fluor
Aufnahme: 14.6.55. Objekt.Sympt.: RR 155/100, beidseitig starke Gesicht- und Knöchelödeme, Rest-N 41 mg%, Eiweiß stark positiv, Esbach 4%, Sedi: Erys 30-40, Leukos 40-50, Bakt. massenhaft, Epith. o-2, Urobilinogen positiv, Donne negat., Nephropathie
Geburtsh. Befund: 7 Wochen a.Term., Gravid. Mens. IX, Schädellage, Blase gesprungen, gute Wehen
Geburt: 14.6.55; nach Pressen Sp.-part. aus re. HHL, 2 Eklamp.-Anfälle post part.
Kind: Weiblich, Gewicht 1300 g, Länge 39/40 cm, unreif, oligopnoisch tot (Synkavit, Sauerstoff)
Placentarperiode: o.B.
Medikation: Traubenzucker, Vitamin C und B, Unophyllin, Dolantin, Luminal, Megaphen, Atosyl, Veriloid, Orangensaft
Wochenbett: Bakteriurie, Albuminurie, Esbach 2-1%
Entlassung: 2.7.55 als gebessert, gegen Revers, RR 110/75

Fall 8

Geb.-Buch Nr. 929 Name R.d. 23 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: Abortus Mens. 4
Jetzige Gravid.: 1e Mens. unbekannt
Besonderh. währ.d.Gravid.: 1 Eklamp.-Anfall
Aufnahme: 10.9.55. Objekt.Sympt.: RR 140/85, starke Knöchel- und prätibiale Ödeme, Rest-N 39 mg%, Eiweiß stark positiv, Sedi: Erys 1823, Leukos 1-2, vereinzelt hyal. Zylinder, Urobilinogen negat., Donne negat.
 - Temp. 37,5, Puls 164

Geburtsh. Befund: 6 Tage a.Term., 4 Eklamp.-Anfälle a.part. Gra-
vid.Mens.X, li. Vorderhauptslage, Kopf steht fest im Beckeneingang
Blase gesprungen, leichte Wehen
Geburt: 10.9.55. Forceps (Kielland-Zange) aus li.Vorderhauptslage
(Synkavit) in Chloräthyl-Äther
Kind: weiblich, Gewicht 3600 g, Länge 50/50 cm, reif, lebensfrisch
(Orasthin, Methergin, Eisblase) - 3 Eklamp.-Anfälle post.part.
Placentalperiode: o.B.
Medikation: Rißmannschema, Megaphen, Atosil, Dolantin, Periston,
Digitoxin, Euphyllin, Berolase, Traubenzucker, Luminal, Hostamycin,
Frucht- und Obstsaft
Wochenbett: komplikationslos
Entlassung: 29.11.55 bei allg. Wohlbefinden. Patientin wird haus-
ärztliche Kontrolle und eine Nachuntersuchung in zwei bis vier Wo-
chen empfohlen.

1956

Fall 1

Geb.-Buch Nr. 48 Name V.B. 25 Jhr. I-Para
Frühere Gravid.: eine Geburt mit ärztl. Hilfe, Kind lebt
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 18.5.55
Besonderh.währ.d.Gravid.: Übelkeit, Erbrechen, ein Eklamp.-Anfall
zu Hause, 4 Anfälle 4 Tage a.part.
Aufnahme: 9.1.56. Objekt.Sympt.: RR 115/75, Rest-N 32,76 mg%, Ei-
weiß stark positiv, Esbach 1,2%, Sedi: vereinzelt Epithelien,
Erys 0-1, Leukos 1-2, granul., hyal. und Wachszylinder, Urobilino-
gen positiv, Serumbilirubin 0,29 mg% - Temp.37,6, Puls 92
Geburtsh. Befund: Vier Wochen a.Term., Gravid.Mens IX, rechte Grad-
lage, Wehen mäßig
Geburt: 13.1.56, Spontanpartus aus re. HHL.
Kind: männlich, Gewicht 2000 g, Länge 45 cm, unreif (Orasthin, Syn-
kavit, Lobelin)
Placentalperiode: o.B., Lösung nach Schultze
Medikation: Rißmannschema, Do antin, Megaphen, Traubenzucker, Bero-
lase, Cebion, Unophyllin, Magnesium, Euphyllin, Kaffee, Orangen-
und Apfelsaft, Bananen, Uterotonika - Katheterismus, O2-Atmung
Wochenbett: Allg. Wohlbefinden, Hypertonie abgeklungen, hartnäckige
Albuminurie, Esbach 6%, strenge Nierendiät (Obsttage)
Entlassung: 14 Tage post partum, am 27.1.56 Verlegung auf Med. Kli-
nik

Fall 2

Geb.-Buch Nr. 290 Name K.K. 31 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: Ein Abortus Mens. 2
Jetzige Gravid.: 1e Mens. am 27.7.55
Besonderh.währ.d.Gravid.: Ödeme, offene Tbc, 5 Eklamp.-Anfälle
21 Tage a.part.
Aufnahme: 21.2.56. Objekt.Sympt.: RR 125/80, leichte Unterschenkel-
ödeme, Eiweiß stark positiv - Temp. 36,8, Pul: 80
Geburtsh. Befund: 6 Wochen ante terminum, Grav.Mens IX, Wehen gut
(sekundäre Wehenschwäche)
Geburt: Am 14.3.56 nach Preßwehe Sp.-partus aus li.HHL
Kind: weiblich, Gewicht 1270 g, Länge 40 cm, unreif, lebensfrisch
(Synkavit, Orasthin, Katheterismus) Verlegung in die Kinderklinik
Placentalperiode: o.B., Lösung nach Schultze
Medikation: Traubenzucker, Magnesium, AgSO₄, Vitamin C, Berolase,
Megaphen
Wochenbett: Abgestillt, Allgemeinzustand gebessert
Entlassung: 12.4.56 als gebessert, RR 120/70

Fall 3

Geb.-Buch Nr. 706 Name M.E. 29 Jhr. I-Para

Frühere Gravid.: Eine Sp.-Geburt, Kind lebt

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 20.10.55

Besonderh. währ. d. Gravid.: Ödeme, Hypertonie, 4 Eklamp.-Anfälle zu Hause, ein Anfall auf dem Transport, zwei Anfälle in der Klinik a. part.

Aufnahme: 13.6.56. Objekt. Sympt.: RR 155/95, starke Ödeme an beiden Unterschenkeln, Gesicht und Händen, Rest-N 29,4%, Eiweiß stark positiv, Esbach 10%, Donné negat., Urobilinogen negat., Serumbilirubin 1,67 mg%. Subjekt. Sympt.: Bewußtlosigkeit, Unruhe
Temp. 37,4 Puls 80

Geburtsh. Befund: 6 Wochen a. Term., Gravid. Mens. IX, Blase steht, Wehen gut, Gemini

Geburt: 19.6.56, nach Blasen Sprengung (grünes, mekoniumhaltiges Fruchtwasser) und Preßwehe Sp.-partus aus rechter HHL.

1. Kind: männlich, Gewicht 2140 g, Länge 44/45 cm, Lebensfrisch, nach Blasen Sprengung (klares Fruchtwasser) Sp.-partus aus re. HHL.

2. Kind: weiblich, Gewicht 1700 g, Länge 42 cm, asphyktisch (Sauerstoffatmung, Orasthin, Lobelin, Vitamin K)

Placentarperiode: o.B. Lösung nach Schultze

Medikation: Rißmannschema, Dolantin, Luminal, Traubenzucker, Unophyllin, Vitamin B und C, Lävosan, Magnesium, BVA-Roche, Thiomedon, Apfelsinen- und Zitronensaft, Äpfel, Bananen
Katheterismus, Aderlaß

Wochenbett: strenge Nierendiät (Obsttage) RR 125/75, Esbach 1,4%

Entlassung: 15.7.56 als gebessert gegen Revers, RR normal (115/75)

Urinbefund o.B., weiterhin hausärztl. Betreuung.

Beide Kinder werden in die Kinderklinik verlegt (Frühgeburten)

Fall 4

Geb.-Buch Nr. 734 Name K.G. 23 Jhr. O-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. Anf. Oktober 55

Besonderh. währ. d. Gravid.: Übelkeit, Erbrechen, Vulvablutungen, Benommenheit, 1 Eklamp.-Anfall zu Hause

Aufnahme: 22.6.56. Objekt. Sympt.: RR 145/100, starke Unterschenkel-, Gesichts- und Bauchdeckenödeme, Eiweiß stark positiv, Esbach 12%, Urobilinogen schwach positiv, Donné positiv, Sedi: Erys 1-4, Leukos 2-4, Epith. 1-3, Urate, vereinzelt hyal. Zylinder
Subjekt. Sympt.: bewußtlos, Unruhe
Puls 80 7 Eklamp.-Anfälle in der Klinik a. part.

Geburtsh. Befund: Gravid. Mens. IX, Schädellage, vorzeitiger Blasen Sprengung, keine kindl. Herztöne mehr nachweisbar, Föt.-EKG nicht mehr positiv, beginnende Pneumonie

Geburt: 26.6.56 Gemini nach Episiotomie, bei guter Wehentätigkeit Forceps (Kielland-Zange) aus li. tiefem Querstand

1. Kind: männlich, Gewicht 1900 g, Länge 45 cm, unreif, lebensfrisch, oligopnoisch (Lobelin, Synkavit, O2-Atmung) nach Blasen Sprengung (reichl. klares Fruchtwasser) Forceps (Kielland-Zange) aus re. Beckennittelquerstand

2. Kind: männlich, Gewicht 3220 g, Länge 51 cm, reif, lebensfrisch oligopnoisch (Lobelin, Synkavit, O2-Atmung)

Placentarperiode: o.B., Lösung nach Schultze, Uterus mäßig kontrahiert (Orasthin, Eisblase) Cerviarevision, Episiotomienahat

Medikation: Rißmannschema, Megaphen, Atosyl, Antibiotica, Dolantin, Traubenzucker, Polybion, Magnesium, Periston, Avacan, Luminal, Unophyllin, Vitamin-B-Komplex, Berolase, Lävosan, Cebion, Hostamycin, Apfelsaft - Katheterismus

Wochenbett: Nierendiät (Obsttage), gute Ausscheidung, Esbach und Blutdruck normal

Entlassung: 24.7.56 bei allg. Wohlbefinden, RR 115/70, weiterhin 3-4 Wochen Diät und hausärztl. Behandlung empfohlen

Fall 5

Geb.-Buch Nr. 859 Name Sch.R. 24 Jhr. 0-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 18.10.55
Besonderh.währ.d.Gravid.: Übelkeit, Erbrechen, Fluor, Odeme
 2 Eklamp.-Anfälle a.part.
Aufnahme: 25.7.56, präeklampsisch. Objekt.Sympt.: starke Bein- u. Gesichtsoedeme, RR 140/100, Rest-N 39,84 mg%, Serumbilirubin 1,09mg%
 Esbach 6%, Eiweiß positiv, Donne negat., Sedi: Erys 10-20. Leukos 6-8, Epith. 5-8, Bakt. mäßig, Nephropathie
 Temp. 36,8, Puls 72
Geburtsh. Befund: Ad Term. Grav.Mens.X, vorzeitiger Blasensprung, keine Wehen, Kopfgeschwulst in der Vulva sichtbar
Geburt: 30.7.56 nach Episiotomie Forceps (Kielland-Zange) in Nar-konumal - Äthernarkose aus li. Beckenmittenquerstand
Kind: männlich, Gewicht 3560 g, Länge 52/52 cm, reif, leicht oligo-pnoisch, große Kopfgeschwulst erkennbar (Synkavit, Lobelin, Wechselbad)
Placentarperiode: o.B. manuelle Lösung, Austastung des Uterusca-vums, Cervikarevision, heiße Uterusspülungen, Episiotomienah
Medikation: Rißmannschema, Megaphen, Traubenzucker, Vitamin B u.C, Euphyllin, Periston, Nophyllin, Buscopan, Lävosan, Dilaudid, Supracillin, Obstsaft, Reis, Apfel, Orasthin, Thymophysin, Hostamy-cin, Methergin, Avafortan, BVK
Wochenbett: strenge Diät (hungern), Bettruhe, gute Diurese, RR 130/80
Entlassung: 10.8.56 als gebessert, weiterhin strenge Diät und hausärztl. Behandlung, in 3 Wochen Klinikkontrolle, RR 130/80

Fall 6

Geb.-Buch Nr. 960 Name St.E. 28 Jhr. I-Para
Frühere Gravid.: 1 Sp.-Geburt, Kind lebt; 1 Frühgeburt Mens.VI, Kind gestorben
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 4.1.56
Besonderh.währ.d.Gravid.: Erbrechen, beidseitig Beinödeme, 1 Eklamp.-Anfall außerhalb, 2 Anfälle in der Klinik a.part.
Aufnahme: 11.8.56. Objekt.Sympt: Hand-, Gesichts- und prätibiale Odeme, RR 175/120, Rest-N 40,3 mg%, Eiweiß stark positiv, Sedi: Erys massenhaft, vereinzelt Leukos, hyal. u. granul. Zylinder, Esbach 12%, Kantoprotein 27,2 mg%, Nephropathie, Pyelonephritis
Subjekt.Sympt.: Augenflimmern
Geburtsh. Befund: 8 Wochen a.Term., Gravid.Mens.VIII, Blase gesprungen, Wehen
Geburt: 17.8.56, spontan aus li.HHL.
Kind: weiblich, Gewicht 1400 g, Länge 39 cm, unreif, tot (Maceration IIII)
Placentarperiode: o.B.
Medikation: Rißmannschema, Megaphen, Traubenzucker, Vitamin B u.C Periston-N, Serpasil, Dolantin, Euphyllin, Luminal, Obstsaft Katheterismus
Wochenbett: strenge Diät, Nephropathie-therapie
Entlassung: 1.9.56 bei allg. Wohlbefinden in hausärztl. Behand-lung, Eiweiß opal., RR 130/80
Obduktion des Kindes: Unreife, macerierte, intrauterine Totgeburt mit weitgehender Fäulnisveränderung der Organe

Fall 7

Geb.-Buch Nr.XXV (außerhalb entbunden) Name Sch.L. 22 Jhr. 0-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 24.12.55
Besonderh.währ.d.Gravid.: unbekannt
Aufnahme: 14.11.56. Objekt.Sympt.: Ödeme an beiden Beinen u.Gesicht RR 150/120, Eiweiß in Spuren, Donne negat., Urobilingen schwach positiv, Esbach 2% Temp. 37,8, Puls 92

Geburt: 14.11.56 außerhalb, angebl. 2 Eklamp.-Anfälle post part.
Kind: weiblich, Gewicht 3350 g, Länge 52/52 cm, reif, lebensfrisch
Placentarperiode: o.B., Dammaht
Medikation: Dolantin, Luminal, Traubenzucker, Unophyllin, Vitamin C und B, Apfelsinen- und Zitronensaft
Katheterismus: (außerhalb Aderlaß, Traubenzucker, Luminal)
Wochenbett: Nierendiät, sonst komplikationslos
Entlassung: 23.11.56 bei allg. Wohlbefinden, RR 130/100.

Fall 8

Geb.-Buch Nr. 1369 Name L.L. 26 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: keine
Jetzige Gravid.: 1e Mens. unbekannt
Besonderh. währ.d.Gravid.: Schwangerschaftseklampsie Mens.VIII, öfters Nierenschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel, 3 Eklamp.-Anfälle außerhalb und einen in der Klinik post part.
Aufnahme: 3.12.56. Objekt.Sympt.: geringe Bein- u. Gesichtssedeme
 RR 170/130, Eiweiß stark positiv, Donnè negat., Esbach 12‰
Subjekt.Sympt.: Bewußtlosigkeit Temp. 37, Puls 80
Geburtsh. Befund: Gravid.Mens.VIII, Schädellage, keine kindlichen Herztöne nachweisbar
Geburt: 10.12.56 spontan aus li. Schädellage
Kind: männlich, Gewicht 1830 g, Länge 45 cm, unreif, tot (Maceration I°)
Placentarperiode: o.B., Lösung nach Schultze
Medikation: Ribmannschema, Luminal, Traubenzucker, Vitamin B u.C
 Unophyllin, Serpasil, Dolantin, Nepresol, Periston-N, Apfelsaft, Bananen
Wochenbett: strenge Diät, RR sinkt rasch, Esbach sinkt auf 1,2‰, gute Diurese
Entlassung: 22.12.56 als gebessert gegen Revers, RR 145/80
Obduktion des Kindes: männliche Frühgeburt mit stark macerierter äußerer Haut; weitgehende kadaveröse Veränderungen der parenchymatösen Organe. Staphylochisis.

1957

Fall 1

Geb.-Buch Nr. 601 Name E.D. 24 Jhr. O-Para
Frühere Gravid.: Abortus Mens.3
Jetzige Gravid.: 1e Mens. 27. August 56
Besonderh.währ.d.Gravid.: Übelkeit, Ödeme
Aufnahme: 27.5.57. Objekt.Sympt.: RR 200/120, Rest-N 40,6 mg%,
 Urin: Eiweiß stark positiv, Donnè positiv, Urobilinogen positiv
 Temp. 36,6, Puls 76
Geburtsh. Befund: 23 Tage post Term., Gravid.Mens.XI, li.Schädellage, stehende Blase, mittelmäßige Wehen, MM 2 Querfinger, kindliche Herztöne gut
Geburt: 27.5.57. Nach Episiotomie Forceps (Kielland-Zange) in Chlor-Äthyl-Äthernarkose aus li. HHL.
 3 Eklamp.-Anfälle sub part.
Kind: männlich, Gewicht 3000 g, Länge 51/51 cm, reif, asphyktisch (Wechselbäder, Lobelin, Coffein, Konakion. Sauerstoff)
Placentarperiode: manuelle Placentalösung, Uterusspülung, Cervixrevision, Episiotomienah
Medikation: Ribmannschema, Dolantin, Serpasil, Lävosan, Euphyllin, Luminal, Tee, Obstsaft Katheterismus
Wochenbett: komplikationsloser Verlauf.
Entlassung: 7.6.57 als gebessert bei allg. Wohlbefinden. RR normal.

Fall 2

Geb.-Buch Nr. 1226 Name R.B. 20 Jhr. 0-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 9.2.57

Besonderh.währ.d.Gravid.: Kopfschmerzen, Ödeme, Blutungen post coitum - 4 Eklamp.-Anfälle außerhalb, deshalb Einlieferung.

Aufnahme: 22.10.57. Objekt.Sympt: RR 165/120, Rest-N o.B., Xanthoproteinreaktion o.B. Urin: Eiweiß stark positiv, Sedi: Leukos u. Bakterien. Ödeme. Subjekt.Sympt.: Bewußtlosigkeit

Weitere 4 E.-Anfälle - Temp. 36,9, Puls 128

Geburtsh. Befund: Gravid.Mens.IX, Schädellage, vorzeitiger Blasenprung, keine Wehen, kindliche Herztöne gut

Geburt: 20.11.57 nach Preßwehen Sp.-part. aus re. HHL.

Kind: männlich, Gewicht 3000 g, Länge 48/48 cm, reif, lebensfrisch

Placentalperiode: o.B. Naht einer Scheidenschürfung

Medikation: Luminal, Dolantin, Serpasil, Nepresol, Megaphen, Traubenzucker, Spasmolytica, Vitamine, Diät

Wochenbett: komplikationslos. Eklamp.-Therapie

Entlassung: 16.12.57 als gebessert bei allg. Wohlbefinden. RR normal

Fall 3

Geb.-Buch Nr. 55 (priv.) Name F.K. 27 Jhr. 0-Para

Frühere Gravid.: keine

Jetzige Gravid.: 1e Mens. 14.6.57

Besonderh.währ.d.Gravid.: Beinödeme

Aufnahme: 8.3.57. Objekt.Sympt.: RR 170/120, Rest-N 56,8 mg%, Esbach 5‰, Urin: Eiweiß stark positiv, Donné positiv, Sedi: massenhaft Leukos, Urate, Erys 6

Ödeme. Subjekt.Sympt.: Haut zyano-tisch, Somnolenz, Übelkeit, Erbrechen, Augenhintergrundsymptome mit Kreuzungsphänomen

3 Eklamp.-Anfälle außerhalb

Temp. 37,4, Puls 72

Geburtsh. Befund: Gravid.Mens. X, Schädellage, Blase steht, kindliche Herztöne o.B.

Geburt: 21.3.57. Sectio in potenziierter Narkose aus re. HHL

Kind: weiblich, Gewicht 3300 g, Länge 52/53 cm, lebensfrisch, überreif (Waschfrauenhände)

Placentalperiode: o.B.

Medikation: Serpasil, Nepresol, Atosil, Dolantin, Luminal, Megaphen, Dilauid, Traubenzucker, Euphyllin, Periston-N, Plasmainfusion, Obstsaft

Wochenbett: Subjektives Wohlbefinden, Blutdruck und Eiweißwerte haben sich gebessert, keine Ödeme mehr.

Entlassung: 16.4.57 bei allg. Wohlbefinden: Wunde pp. verheilt.

Strenge Diät weiterhin, nach 4 Wochen Wiederuntersuchung.

C. KRITISCHE BESPREDCHUNG

In dem Zeitraum vom 1.1.1953 bis 31.12.1957 kamen in die von Prof. K. BURGER geleitete Universitätsfrauenklinik Würzburg 7 698 Frauen (einschl. Privatgebärender) zur Entbindung. Unter diesen Frauen wurden 25 Fälle von Präeklampsie und 34 Fälle von Eklampsie (Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbett eklampsie) beobachtet. Davon wurden außerhalb der hiesigen Klinik 2 Patientinnen mit Präeklampsie und 6 Patientinnen mit Eklampsie entbunden. Somit trifft also auf 307,9 Geburten eine Präeklampsie (= 0,3%) und auf 226,4 Geburten eine Eklampsie (= 0,5%). Insgesamt trifft also auf jede 130,5 Geburt eine Toxikose, die mit 0,8% an der beobachteten Gesamtgeburtenszahl beteiligt ist. Diese Berechnung schließt die außerhalb unserer Klinik entbundenen, aber bei uns beobachteten Toxikosefälle mit ein. Für die gereinigten Werte (d.h. ohne die außerhalb entbundenen Fälle) ergibt sich folgendes Resultat: Es wurden 23 Patientinnen mit Präeklampsie und 28 Patientinnen mit Eklampsie bei einem Geburtsgut von 7 698 Frauen beobachtet. Somit kommt auf jede 334,7 Geburt eine Präeklampsie (= 0,3%) und auf jede 274,9 Geburt trifft eine Eklampsie (= 0,4%); d.h. daß auf jede 150,9 Geburt (= 0,7%) der Gesamtgeburtenszahl ein Toxikosefall trifft.

Bevor wir die Frage über eine Zu- oder Abnahme der Präeklampsie bzw. Eklampsie während der letzten 5 Jahre beantworten, möchten wir über die Verteilung derselben in den letzten Jahren eine Tabelle voranstellen.

Tabelle Nr. 1
Häufigkeit der Erkrankung

Jahr:	Anzahl d. Geburten:	Präeklampsie: Anzahl	%	Eklampsie Anzahl	%	Prä-u-Eklampsie Anzahl	%
1953	1443	6	0,4	8(-2)	0,4	14(-2)	0,8
1954	1424	8(-2)**	0,4	7(-2)	0,3	15(-4)	0,7
1955	1497	5	0,3	8(-1)	0,4	13(-1)	0,8
1956	1701	1	0,05	8(-1)	0,4	9(-1)	0,4
1957	1633	5	0,3	3	0,2	8	0,5
Summe d. 5 Jahre	7698	25(-2)	0,3	34(-6)	0,4	59(-8)	0,6

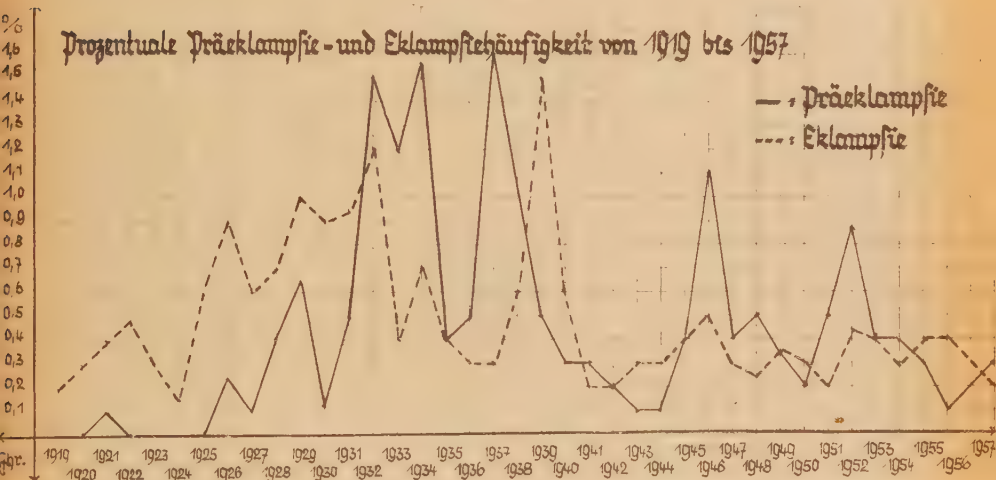
Aus Tab.1 geht hervor, daß im Zeitraum vom 1.1.1953 bis 31.12.1957 7698 Frauen an unserer Klinik entbunden wurden, von denen 25 Präeklampsien und 34 Eklampsien (Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbett eklampsien) waren. Somit trifft also als Durchschnittswert auf 307,9 ungereinigte Fälle eine Präeklampsie (= 0,3% der Gesamtgeburtenszahl), auf 334,7 Geburten (= gereinigte Fälle) eine Präeklampsie (= 0,3%). Auf 226,4 Entbindungen der ungereinigten Fälle (= 0,5%) und auf 274,9 Entbindungen der gereinigten Fälle (= 0,4%) trifft eine Eklampsie.

Bei der Zusammenfassung von Präeklampsie und Eklampsie ergibt sich eine Beteiligung von einem Fall auf 130,5 Geburten (= 0,8%) bei den ungereinigten Werten und bei den gereinigten trifft ein Toxikosefall auf jede 150,9 Geburt (= 0,7%) bei einer Gesamtgeburtenszahl von 7698. Dies bedeutet eine prozentuale Häufigkeit der Präeklampsie und Eklampsie von 0,7 % des beobachteten Geburtsgutes ohne die außerhalb ent-

** Die in () stehenden Ziffern der Tab. 1 beziehen sich auf die außerhalb entbundenen Toxikosen. Die danebenstehenden Prozente wurden aus den Toxikosefällen innerhalb der Klinik errechnet.

bundenen, aber an unserer Klinik zusätzlich beobachteten Toxikosepatientinnen. Rechnet man die außerhalb entbundenen Gestosefälle dazu, so ergibt sich eine ungereinigte prozentuale Häufigkeit von 0,8. GUTH fand für ein Beobachtungsmaterial in der Zeit von 1919 bis 1943 an der Universitätsfrauenklinik Würzburg eine Präeklampsie- und Eklampsiehäufigkeit von 1,7%, d.h. auf 93 Geburten eine Präeklampsie bzw. Eklampsie. ZWICK errechnete im Zeitraum von 1947 bis 1952 0,8%, d.h. auf 123 Geburten eine Präeklampsie bzw. Eklampsie. Beim Vergleich der von GUTH und ZWICK errechneten Toxikosehäufigkeit früherer Jahre mit den von uns gemachten Beobachtungen während der letzten 5 Jahre ergibt sich eine weitere leichte Senkung der Präeklampsie- und Eklampsiehäufigkeit.

Abbildung 1



Zum Vergleich sei noch die Häufigkeit der Präeklampsie und Eklampsie anderer Kliniken und Autoren erwähnt:

So stellte PODGER in den letzten 20 Jahren bei 21333 Patientinnen 275 Eklampsien fest.

Am Durham N.C.Hospital kam 1 Fall auf 77 Geburten (= 1,3%)
 Am Watch Hospital kam 1 Fall auf 480 Geburten (= 0,2%) i.d.l.5Jhr
 Am Lincoln Hospital kam 1 Fall auf 274 Geburten (= 0,4%)

LAWRENCE und HESTER beobachteten in der Zeit vom 1.7.45 bis 1.1.54 76 Eklampsien (= 1,5%) bei 7205 Entbindungen von Negerinnen. In Rio (Brasilien) wurde von DE REZENDE eine Eklampsiehäufigkeit von 0,55% festgestellt.

An der Leipziger (KYANK) und Heidelberger Klinik (WIMHÜFER, PFAU) wurden im Zeitraum von 1939 bis 1941 2081 Präeklampsiefälle und 644 Eklampsien beobachtet. Die Staatliche Gebäranstalt Prag zählte von 1948 bis 1953 106 Eklampsien mit einer prozentualen Häufigkeit von 0,96.

ZAHL DER TOXIKOSE-FRAUEN, DIE IN UNSERE SCHWANGERENBERATUNG KAMEN

Von den an unserer Klinik beobachteten 25 Präeklampsiepatientinnen (2 außerhalb entbunden) kamen 3 (= 12%) zur Beratung in unsere poliklinische Sprechstunde.

Bei den 34 Eklampsiefällen (6 außerhalb entbunden) kam 1 Frau (=2,9%) in die poliklinische Beratung.

Hieraus ist zu ersehen, daß von den insgesamt 59 Präeklampsien bzw. Eklampsien einschl. der 8 beobachteten außerhalb zur Entbindung gekommenen Toxikose-Frauen nur 4 (= 6,5%) unsere Schwangerenberatung aufsuchten.

Wie wichtig eine gründliche Schwangerschaftsfürsorge gerade für Frühdiagnose und rechtzeitigen Therapiebeginn der Präeklampsie und Eklampsie ist, geht aus den Beobachtungen der nun folgenden Autoren hervor. So zeigte PECHAR bei Vergleichen mit älteren Statistiken, daß durch sorgfältige pränatale Fürsorge die kindliche und mütterliche Mortalität wesentlich sanken. RUCK stellte fest, daß die Eklampsiehäufigkeit bei einer systematischen Schwangerenberatung um mehr als drei Viertel vermindert wurde, die kindlichen und mütterlichen Todesfälle nur 1/5 bis 1/10 der ohne Schwangerenberatung zu beklagenden Verluste betragen. Er schlägt 14-tägige Kontrollen im 8. und 9. Schwangerschaftsmonat und wöchentliche Untersuchungen im letzten Monat der Gravidität vor. Weiter fordert der Autor stationäre Aufnahme aller Patientinnen, die im letzten Drittel der Schwangerschaft auch nur ein Toxikosesymptom aufweisen. Alle manifesten oder latenten Präeklampsien sollen vor Beginn des 10. Monats in stationäre Behandlung kommen. DAWSON fordert mit allem Nachdruck zur Verhütung der Eklampsie eine rechtzeitige und sorgfältige Schwangerenüberwachung.

Auch wir können DAWSONS Forderung nur begrüßen und versuchen, ihr in jeder Hinsicht an unserer Klinik gerecht zu werden. Wie aber läßt sich eine solche in unserer Gegend einführen? Daß dies mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, geht aus der obigen Aufzeichnung hervor, wonach in der Zeit vom 1.1.1953 bis 31.12.1957 nur 4 aller Toxikosepatientinnen unsere Schwangerenberatung besuchten. Eine erfolgreiche Beratung läßt sich wahrscheinlich bei uns auch nur nach dem Kopenhagener Beispiel durchführen. Dort konnte die Eklampsiehäufigkeit durch die seit 1945 gesetzlich geregelte Schwangerschaftsfürsorge von 3% auf 1% gesenkt werden.

ALTER DER PATIENTINNEN

Tabelle 2

Präeklampsie			Eklampsie		
Alter:	Anzahl der Fälle	%	Alter:	Anzahl der Fälle	%
Bis 20	1	4	Bis 20	6	5,9
20-30	13	52	20-30	17	61,7
30-40	8	32	30-40	10	29,4
üb.40	3	12	üb.40	1	2,9

Aus der Tab. 2 geht hervor, daß von den 25 zur Beobachtung gelangten Präeklampsien eine (= 4%) unter 20 Jahre, 13 (=52%) zwischen 20 und 30 Jahre, 8 (=32%) zwischen 30 und 40 Jahre und 3 (= 12%) Patientinnen über 40 Jahre alt waren.

Von den 34 beobachteten Eklampsiepatientinnen waren 6 (= 5,9%) jünger als 20 Jahre, 17 (= 61,7%) zwischen 20 und 30 Jahren, 10 (=29,4%) zwischen 30 und 40 Jahren und eine (= 2,9%) Frau über 40 Jahre.

GEBURTENNUMMER

Tabelle 3

Alter:	Präeklampsie						Eklampsie					
	0	I	Para II	III	IV	V	0	I	II	III	IV	V
Bis 20	1						5		1			
20-30	9	3	1			1	14	3				
30-40	3	2		2			4	3	2	1		
üb.40		1	1		1						1	

Die Geburtennummer spielt bei der Präeklampsie folgende Rolle: wie aus Tabelle 3 zu ersehen ist, zählten von den 13 O-Parae eine 20 Jahre, 9 zwischen 20 und 30 und 3 zwischen 30 und 40 Jahre. Bei den I-Parae waren 3 zwischen 20 und 30, 2 zwischen 30 und 40 Jahre und eine über 40 Jahre alt. Auf die II-Parae trafen eine zwischen 20 und 30 Jahre und eine über 40 Jahre. 2 Patientinnen zwischen 30 und 40 Jahren kamen auf die III-Parae und eine zwischen 20 und 30 Jahren auf die V-Para.

Bei der Eklampsie zählten 5 von den 23 O-Parae 20 Jahre, 14 zwischen 20 und 30 Jahre und 4 zwischen 30 und 40 Jahre. Bei den 6 I-Parae kamen 3 Frauen zwischen 20 und 30 Jahre und 3 zwischen 30 und 40 Jahre in unsere Klinik. Von den 3 II-Parae waren eine 20 Jahre und 2 zwischen 30 und 40 Jahre alt. Zwischen 30 und 40 Jahre alt war eine III-Para und über 40 Jahre eine IV-Para.

VERHÄLTNIS ZWISCHEN TOXIKOTISCH
ERKRANKTEN ERST- UND MEHRGEBÄRENDE

Tabelle 4 a

Präeklampsie

Gesamtfälle:	Erstgebärende		Mehrgebärende	
	Anzahl der Fälle	%	Anzahl der Fälle	%
25	13	52	12	48

Aus Tabelle 4 a geht hervor, daß von den an der hiesigen Klinik im Zeitraum vom 1.1.1953 bis 31.12.1957 entbundenen 25 Frauen mit Präeklampsie 13 (= 52%) Erstgebärende und 12 (= 48%) Mehrgebärende waren.

Nach Berichten von ZWICK erkrankten an der Universitätsfrauenklinik Würzburg in der Zeit von 1947 bis 1952 21 (= 63%) Erstgebärende und 12 (= 37%) Mehrgebärende an Präeklampsie.

Tabelle 4 b

Eklampsie

Gesamtfälle:	Erstgebärende		Mehrgebärende	
	Anzahl der Fälle	%	Anzahl der Fälle	%
34	23	67,7	11	32,3

Von den während der letzten 5 Jahre zur Entbindung gekommenen 34 Eklampsie-Patientinnen waren 23 (=67,7%) Erstgebärende und 11 (=32,3%) Mehrgebärende. Zur gleichen Zeit berichtet ZWICK in dem Zeitraum von 1947 bis 1952 von 38 Eklampsien. Davon entfallen 30 (=79%) auf Erstgebärende und 8 (=21%) auf Mehrgebärende. Übereinstimmend mit der ZWICK'schen Beobachtung, der für die Eklampsie 79% Toxikosefälle bei Erstgebärenden und 21% bei Mehrgebärenden verbuchen konnte, ist zu sagen, daß die Erstgebärenden mit 67,7% häufiger von einer Eklampsie befallen wurden als die Mehrgebärenden (32,3%). Analysiert man noch die Fälle von Präeklampsie und Eklampsie nach der Geburtennummer, so kommen wir zu folgender Aufstellung:

Tabelle 5

VERTEILUNG DER TOXIKOSEERKRANKTEN ÜBER DIE JAHRE 1953-1957
NACH ERST- UND MEHRGEBÄRENDEN

Jahr	Ges.Geb.Zahl	Erstgebärende		Mehrgebärende		Gesamtzahl	
		Prä-E.	Ekl.	Prä-E.	Ekl.	Prä-E.	Ekl.
1953	1443	2	5	4	3	6	8
1954	1424	1	4	7	3	8	7
1955	1497	5	6	-	2	5	8
1956	1701	1	5	-	3	1	8
1957	1633	4	3	1	-	5	3
1953-1957	7698	13	23	11	11	25	34

Nach der Tabelle 5 ergibt sich bei der Präeklampsie folgende Verteilung der Erst- und Mehrgebärenden auf die einzelnen Jahre: Im Jahre 1953 entfallen bei einer Gesamtgeburtenzahl von 1443 zwei Präeklampsien auf Erstgebärende und 4 Präeklampsiefälle auf Mehrgebärende. 1954 traf auf die Erstgebärenden 1 Fall und 7 fanden sich unter den Mehrgebärenden bei einem Gesamtdurchgang von 1424 entbundenen Frauen. Für das Jahr 1955 ergeben sich bei 1497 Geburten 5 Präeklampsien bei den Erstgebärenden, die Mehrgebärenden wiesen keine Präeklampsie auf. Bei einer Geburtenzahl von 1701 im Jahre 1956 errechneten wir eine Präeklampsie für die Erstgebärenden, während auf die Mehrgebärenden kein Präeklampsiefall traf. 1957 kamen von 1633 Geburten 4 Präeklampsien auf Erstgebärende und ein Fall auf die Mehrgebärenden.

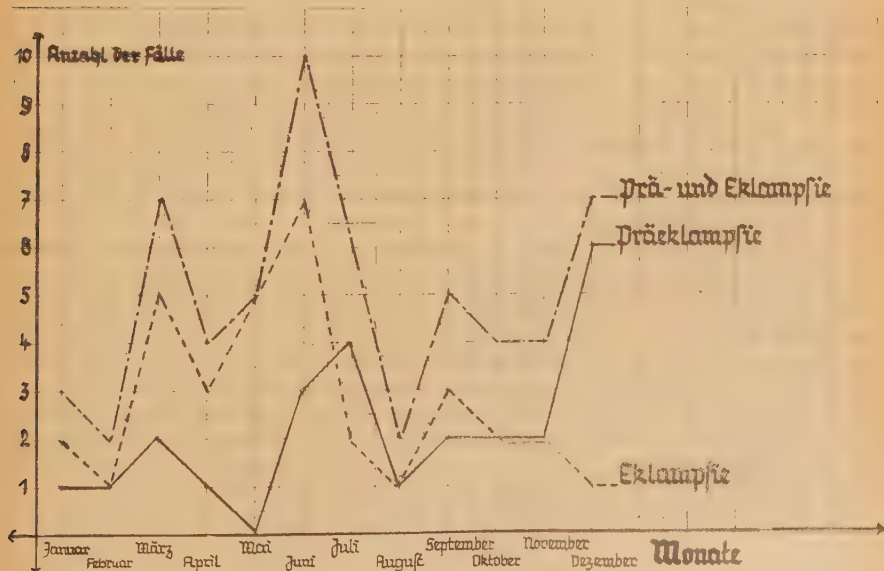
Für die Eklampsie ergibt sich in den einzelnen Jahren bezüglich der Verteilung folgendes Resultat: 1953 kamen bei einer Gesamtgeburtenzahl von 1443 fünf Eklampsiefälle auf die Erstgebärenden und 3 Fälle auf die Mehrgebärenden. Im Jahre 1954 errechneten sich 4 Eklampsien für die Erstgebärenden und 3 Eklampsien für die Mehrgebärenden bei einem Gesamtgeburtendurchgang von 1424 Frauen. Im Jahre 1955 trafen bei 1497 entbundenen Frauen 6 Eklampsieerkrankungen auf die Erstgebärenden und 2 Erkrankungen auf die Mehrgebärenden. Bei 1701 beobachteten Fällen im Jahre 1956 kamen 5 Eklampsien auf die Erstgebärenden und 3 Eklampsien auf die Mehrgebärenden. Bei den 1633 Geburten im Jahre 1957 waren 3 Eklampsien bei den Erstgebärenden und kein Eklampsiefall bei den Mehrgebärenden zu verzeichnen.

JAHRESZEITLICHE VERTEILUNG VON PRÄEKLAMPSIE UND EKLAMPSIE

Tabelle 6

Monate	Präeklampsie Zahl der Fälle						Eklampsie Zahl der Fälle						Ges.
	1953	1954	1955	1956	1957	Sa.	1953	1954	1955	1956	1957	Sa.	
Jan.					1	1			1	1		2	3
Feb.		1				1							
März	1	1				2	2		1	1	1	5	7
April		1				1		1	2			3	4
Mai						-		2	2		1	5	5
Juni		2	1			3	2	1	1	3		7	10
Juli	1	1	1		1	4	1			1		2	6
Aug.	1					1				1		1	2
Sept.	1				1	2	1	1	1			3	5
Okt.	1		1			2	1				1	2	4
Nov.			1		1	2	1	1				2	4
Dez.	1	2	1	1	1	6				1		1	7
Summe	6	8	5	1	5	25	8	7	8	8	3	34	59

Abbildung 2



PROZENTUALE VERTEILUNG DER PRÄEKLAMPSIE BZW.
EKLAMPSIE AUF DIE EINZELNEN MONATE DER JAHRE 1953-1957.

Wie aus der Tabelle 6 und Abbildung 2 zu ersehen ist, verteilt sich die Präeklampsie wie folgt: In den Monaten Januar bis März beobachteten wir 4 Fälle, von April bis Juni ebenfalls 4 Fälle, von Juli bis September 7 Fälle und in der Zeit von Oktober bis Dezember 10 präeklampsische Frauen. Der Höchststand fällt auf die Monate Dezember, Juli und Juni, während im Mai keine Präeklampsie zu verzeichnen war.

Bei unseren 34 Fällen von Eklampsie ergibt sich folgende jahreszeitliche Verteilung in der Zeit von 1953 bis 1957: von Januar bis März wurden 7 Eklampsien, von April bis Juni 15 Fälle, von Juli bis September 7 und in den Monaten Oktober bis Dezember 5 Eklampsiefälle gezählt. Das Maximum ergibt sich für den Monat Juni, weitere Höhepunkte fallen auf März und Mai.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Häufigkeit der Präeklampsie- und Eklampsiefälle langsam von Beginn eines Jahres ansteigt und ihr erstes Maximum im Monat Juni erreicht. Anschließend erfolgt ein plötzlicher Abfall der Toxikosehäufigkeit, die schließlich in der zweiten Hälfte des Jahres erneut langsam ansteigt und den zweiten Höhepunkt im Monat Dezember erreicht.

Diese hier errechnete Verteilung der Toxikosehäufigkeit auf die einzelnen Monate des Jahres würde mit den Berechnungen anderer Autoren unserer Klinik übereinstimmen. So liegt nach TANNHEIMER in der Zeit von 1908 bis 1919 der Gipfel der Präeklampsie- bzw. Eklampsiehäufigkeit in den Monaten Juni und August. Nach den Aufzeichnungen von GUTH (1919-1942) lag das Maximum der Toxikosehäufigkeit in den Monaten Mai und August und nach ZWICK (1947-1952) im April und Juni. EBERGENYI errechnete den Höhepunkt der Eklampsiehäufigkeit für den Mai, SETZER für April und Juni, NOLTING und TERSOGLIO für April und Mai, HENNES für März und Juni, LATZKA für Mai und August.

Nach den vorstehenden statistischen Erhebungen kann behauptet werden, daß im Frühjahr und Sommer eine größere Präeklampsie- und Eklampsiehäufigkeit herrscht als im Herbst und Winter. SUZUKI konnte bei seinen Beobachtungen über die Einflüsse der Umwelt auf die Entwicklung der Schwangerschaftstoxikose feststellen, daß im Herbst (September bis November) die Eklampsiegefährdung am geringsten ist. Für die regionalen Schwankungsbreiten in den einzelnen Jahren werden Klima und Ernährungsfaktoren geltend gemacht (WIMHÖFER). Statistische Auswertungen besonders der Leipziger und Heidelberger Klinik zeigen ein Absinken der Eklampsiehäufigkeit während des 2. Weltkrieges bis 1941. Daraus kann geschlossen werden, daß eine übermäßige Nahrungsmittelzufuhr zur Auslösung einer Eklampsie führt. Aber nicht nur ein übermäßiger Nahrungsmittelgenuß, sondern auch vor allem eine quantitative und qualitative Mangelernährung, wie sie besonders in den Jahren 1947/48 zu verzeichnen war, führt zu einem Anstieg der Eklampsiehäufigkeit. Eine konträre Auffassung hatte TAYMERGEN, der aufgrund von Beobachtungen im Krankengut deutscher und türkischer Kliniken über den Rückgang der Gestosehäufigkeit während des 2. Weltkrieges zu der Auffassung gelangt, daß nicht allein ernährungsändernde Faktoren, sondern zusätzliche körperliche und seelische Belastungen der Frauen in Kriegszeit diese bedingen.

Im großen und ganzen kann abschließend zum Thema eventueller Umwelteinflüsse auf die Gestose gesagt werden, daß die Meinungen der einzelnen Autoren heute noch sehr unterschiedlich sind und daß eine klare Entscheidung der Zukunft überlassen werden muß.

VERTEILUNG AUF DIE EINZELNEN SCHWANGERSCHAFTSMONATE

Tabelle 7

Schwangerschafts-Monat	Präeklampsie		Eklampsie	
	Anzahl	%	Anzahl	%
VII	1	4,3	3	10,7
VIII	-	-	5	17,8
IX	4	17,4	8	28,6
X	16	69,8	9	32,1
Angebl.Übertragung	2	8,7	3	10,7

Hieraus ersieht man, daß bei der Präeklampsie eine Frau (=4,3%) im VII. Gravid.Mt., 4 Frauen (17,4%) im IX., 16 Patientinnen (69,8%) im X. und 2 (8,7%) im angebl. übertragenen Monat waren. Die Eklampsie verteilt sich auf die Graviditäts-Monate wie folgt: 3 Eklampsien (10,7%) im VII. Monat, 5 Patientinnen im VIII. Mt. (=17,8%), 8 Patientinnen (28,6%) im IX. Monat, 9 Frauen (32,1%) im X. Monat; angeblich übertragen waren 3 (10,7%) der Fälle. Aus Tabelle 7 ist eindeutig ersichtlich, daß die Mehrzahl der Präeklampsie- und Eklampsiefälle in den beiden letzten Graviditätsmonaten in Erscheinung traten.

Vorkommen von Zwillingsgeburten

Präeklampsie

Bei unseren 23 (gereinigt) präeklampsischen Frauen kam es 2 mal (8,7%) zu einer Zwillingsgeburt. Dabei handelt es sich um eine Erst- und eine Mehrgebärende. Von beiden Gemini starb je eines der Kinder.

Eklampsie

Von den 28 (gereinigt) Eklampsie-Patientinnen, die zur Entbindung kamen, waren 3 (10,7%) Zwillingsgeburten. Es handelte sich um 2 Erstgebärende und um eine Mehrgebärende. Die Gemini blieben am Leben. Nach TRAVLOS' Ansicht scheint die Zwillingschwangerschaft die Eklampsie zu begünstigen.

KINDLICHE MORTALITÄT DER PRÄEKLAMPSIE UND EKLAMPSIE

(von 1953-1957 im Vergleich zu früheren Autoren der Würzburger Klinik).

Tabelle 8

Präeklampsie und Eklampsie

	Autoren	Jahr	Anzahl d. Frauen	Anzahl d. Geburten	Anzahl d. le.geb.Ki	Anz.d.perinatal verst.Kinder			
						gereinigt		unger.	
						Zahl	%	Zahl	%
Präeklampsie	Zumsteg	1936-40	51	55	42	-	6,6	13	23,6
	Zwick	1947-52	33	34	26	2	5,8	5	14,7
	Lick	1953-57	23	25	16	3	12	6	24
Eklampsie	Zumsteg	1936-40	22	25	16	-	20	9	36
	Zwick	1947-52	38	42	33	-	12,5	8	20
	Lick	1953-57	28	32	21	1	3	11	34,4

Wie aus der Tabelle 8 zu ersehen ist, wurden von den 23 beobachteten Fällen präeklampsischer Frauen insgesamt 25 Kinder zur Welt gebracht. Von diesen lebten bei der Geburt 16 Kinder (=64%). Bereits intrauterin abgestorben waren 6 Kinder (= 20%). Von den lebend geborenen Kindern starben 3 post partum während der ersten 7 Tage. Berücksichtigt man die pränatal verstorbenen Föten, die zum Teil maceriert waren und ein Geburtsgewicht unter 2000 g hatten, nicht, so beträgt die gereinigte Mortalität der Kinder unserer präeklampsischen Patientinnen in der Zeit von 1953-1957 drei (=12%), die ungereinigte kindliche Sterblichkeit in utero 6 Fälle (=24%). Setzen wir die im Laufe der vergangenen 5 Jahre erhaltenen Werte der kindlichen Mortalität bei der Präeklampsie von 12% (=3 Fälle) bzw. 24% (= 6 Fälle) in Vergleich zu den von ZWICK errechneten Werten 14,7% (= 5 Fälle), so können wir sagen, daß die kindliche Mortalität bei der Präeklampsie zugenommen hat. Die 28 Eklampsiepatientinnen brachten insgesamt 32 Kinder zur Welt. Bei der Geburt lebten von ihnen 21 (=65,6%). Intrauterin abgestorben waren 11 Kinder (= 34,4%). Von den lebend geborenen starben post partum während der ersten 7 Tage kein Kind. Sieht man von den macerierten und ein unreifes Geburtsgewicht besitzenden, pränatal verstorbenen Kindern ab, so ergibt sich eine gereinigte Mortalität der Kinder eklampsischer Frauen von 3% (= 1 Fall). Weiter liest man aus der Tabelle 8 eine ungereinigte kindliche Sterblichkeit von 34,4% (=11 Fälle) ab. Auch hier ist bei einer Gegenüberstellung mit den Vergleichswerten von ZUMSTEG 36% (= 9 Fälle) und ZWICK 20% (= 8 Fälle) eindeutig zu ersehen, daß die kindliche Mortalität im Steigen begriffen ist.

MÜTTERLICHE MORTALITÄT BEI DER PRÄEKLAMPSIE UND EKLAMPSIE
(von 1953-1957 im Vergleich zu früheren Autoren der Würzburger Klinik)

Tabelle 9

Autoren		Jahre	Gesamtzahl d. Eklampsie	Anzahl d. verst.Pat.	%
Präeklampsie	Zumsteg	1936-40	51	2 (1)*	3,9 (1,9)
	Zwick	1947-52	-	-	-
	Lick	1953-57	-	-	-
Eklampsie	Zumsteg	1936-40	46	5 (4)	22,7 (18,17)
	Zwick	1947-52	38	3	7,9
	Lick	1953-57	34 (28)	3	8,3 (10,7)

* Die in () stehenden Zahlen bedeuten gereinigte Werte, d.h. es sind darin die außerhalb entbundenen Fälle nicht berücksichtigt.

Tabelle 9 gibt zu erkennen, daß im Zeitraum vom 1.1.1953 - 31.12.1957 an der Universitätsfrauenklinik Würzburg bei der Präeklampsie keine mütterliche Mortalität zu verzeichnen war.

Zumsteg hatte eine Häufigkeit von 3,9% (= 2 Fälle) bzw. 1,9% (1 Fall) und Zwick einen Fall zu verzeichnen.

Bei den an unserer Klinik beobachteten 34 Eklamsien kamen 3 ad exitum (= 8,3%, ohne die außerhalb zur Entbindung gekommenen Fälle 10,7%).

Im Vergleich zu Zumsteg mit 18,17% (= 4 Fälle) bzw. 22,7% (= 5 Fälle) und Zwick mit 7,9% (= 3 Fälle) ergibt sich ein Absinken der mütterlichen Mortalität.

VERGLEICHSAHLEN KINDLICHER UND MÜTTERLICHER
MORTALITÄT ANDERER KLINIKEN UND AUTOREN

Präeklampsie

Tabelle 10 a

Klinik bzw. Autoren	Zeit	Kindl.Mortalität Anzahl der Fälle	%	Mütterl.Mortalität Anzahl der Fälle	%
Italo Panella	1939-52	908	34	908	0
De Rezende Rio, Brasilien	-	35	2,0	35	10
Zwick, Klinik Würzburg	1947-52	5	14,8	-	-
Sa.		948	16,9	943	10

Die Vergleichswerte der kindlichen Mortalität von 16,9% bei 948 beobachteten Toxikosefällen und der mütterlichen Mortalität von 10% aus den verschiedenen Kliniken anderer Länder liegen im Gegensatz zu den bei der Präeklampsie an unserer Klinik errechneten Zahlen der kindlichen Mortalität mit 24% (= 6 Fälle) etwas niedriger und mit 0% bei der mütterlichen Mortalität beträchtlich höher, wie aus der Tabelle 10 zu entnehmen ist.

Eklampsie

Tabelle 10 b

Klinik bzw. Autoren	Zeit	Kindl.Mortalität Anzahl der Fälle	%	Mütterl.Mortalität Anzahl der Fälle	%
A. Pechar, Staatl. Gebäranst. Prag	1948 -53	106	12,3	106	8,5
Oswaldo D'Elia, Mat- terniti d. Unheilba- ren in Neapel	1933 -53	44	53,3	44	11,3
De Rezende, Rio Brasilien	-	82	19	82	14
Morris	1932 -52	402	38,6	402	12,4
O. Ledermair, Fr.- Klinik Innsbruck	1931 -54	100	39	100	12
Zwick, Frauen- klinik Würzburg	1947 -52	38	20	38	7,9
Italo Panella	1939 -52	127	32	127	10
Wimhöfer-Pfau	1935 -43	85	7	85	10,5
Heidelberger Klinik	1944 -54	90	3,3	90	4,4
	1954	40	10	40	0
	1.5.55				
		1114	23,4	1114	10,1

Aus der Tabelle 10 b, in der wir eine Gesamtzahl von 1114 Eklampsiepatientinnen aus den Kliniken der verschiedensten Länder erkennen, errechnet sich eine kindliche Durchschnittsmortalität von 23,4% und eine mütterliche Mortalität von 10,1%. Setzen wir diese errechneten Werte der kindlichen und mütterlichen Mortalität in Vergleich zu unseren während der letzten 5 Jahre gewonnenen Werte (kindliche Mortalität = 3%, mütterliche Mortalität 8,3%), so ist daraus zu entnehmen, daß unsere Werte der kindlichen und die der mütterlichen Mortalität unter dem Durchschnittswert anderer Kliniken liegen.

EINFLUSS DER PRÄEKLAMPSIE UND EKLAMPSIE AUF DAS KINDLICHE
GEBURTSGEWICHT
(Material der Universitätsfrauenklinik Würzburg von 1921-1957)
Tabelle 11

Mittl. Geburtsgewichte reifer Kinder* toxikotisch erkrankter Frauen									Kontrollmaterial reifer Kinder gesunder Mütter	
Prä- eklamp- sie	1921-47 Guth		1947-52 Zwicz		1953-57 Lick		1921-57 zusammen		1922-1948 Dubrausky-Ott	
	Zahl	Gewicht	Zahl	Gewicht	Zahl	Gewicht	Zahl	Gewicht	Zahl	Gewicht
	86	3190	18	3180	14	3219	118	3196	14522	3325
Eklamp- sie	98	3050	26	3060	12	3164	136	3091	"	"

aus Tabelle 11 geht hervor, daß das in der Zeit von 1921-1957 an der Universitätsfrauenklinik Würzburg bei 118 reifen Kindern präeklampsischer Frauen errechnete durchschnittliche Geburtsgewicht von 3196 g um 129 g unter dem Mittelwert lag, den DUBRAUSZKY-OTT für 14 522 reife Kinder gesunder Mütter bestimmten.

Bei der Eklampsie ergibt sich in der gleichen Zeit bei 136 reifen Kindern eklampsischer Frauen ein durchschnittliches Geburtsgewicht von 3091 g. Vergleichen wir dieses mit dem von DUBRAUSZKY-OTT festgestellten Durchschnittsgewicht von 3325 g (bei 14 522 Kindern gesunder Mütter) so ergibt sich ein Unterschied von 234 g.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß bei den 254 reifen Kindern toxikotisch erkrankter Frauen ein durchschnittliches Geburtsgewicht von 3143 g errechnet wurde. Im Vergleich zu den 3325 g, die DUBRAUSZKY-OTT feststellten, ergibt sich eine Differenz von 182 g. Dieser Befund spricht wohl dafür, daß das Geburtsgewicht der Kinder präeklampsischer und eklampsischer Frauen nachteilig beeinflußt wird.

ANGEL fand an 41 Kindern von Müttern, die eine Toxikose durchgemacht hatten, daß bei Kindern präeklampsischer Frauen keine besondere Krankheitsanfälligkeit zu verzeichnen war. Eindeutig aber ist, daß das von einer eklampsischen Mutter stammende Kind eine höhere Letalität und höhere Morbidität hat.

Jedoch konnte im Gegensatz zu anderen Autoren kein Schwachsinn und Spätsprechen beobachtet werden. HALMANN, KUNNAS und VARA hingegen berichten über Spätschäden bei Kindern, deren Mütter eine Toxikose durchgemacht hatten. Bei einem Untersuchungsmaterial von 288 Kindern der Universitätsklinik Helsinki beobachteten sie keine nachteilige Beeinflussung.

FRÜHGEURTENFREQUENZ PRÄEKLAMPTISCHER UND EKLAMPTISCHER FRAUEN
(Material aus der Universitätsfrauenklinik Würzburg von 1921-57)

Präeklampsie und Eklampsie gehören aufgrund der Erfahrungen zahlreicher Autoren zu den wichtigsten Ursachen einer Frühgeburt*.

* Als Zeichen der Reife wurde ein kindliches Geburtsgewicht von 2500 g angenommen.

** Als Frühgeburt wurden Kinder mit einem Gewicht unter 2500 g bezeichnet.

Tabelle 12

	Anzahl der Frühgeburten präeklampsischer und eklampsischer Frauen →								
	1921-1947 Guth			1947-1955 Zwick			1955-1957 Lick		
	Toxikosen	Frühgeburten		Toxikosen	Frühgeburten		Toxikosen	Frühgeburten	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%
Prä-eklampsie	153	76	43,5	33	11	32,3	23	11	47,8
Eklampsie	175	77	44	38	14	35	28	21	75

Forts.Tab.12

	→ 1921-1957 zusammen			Kontrollmaterial gesunder Graviden		
	Toxikosen	Frühgeburten		Gesunde Gravide	Frühgeburten	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%
Prä-eklampsie	209	98	46,9	14 532	992	6,8
Eklampsie	241	112	46,4	"	"	"

Wie aus Tabelle 12 zu ersehen ist, wurde im Zeitraum von 1921-1957 an der Universitätsfrauenklinik Würzburg bei 209 präeklampsischen Frauen eine Frühgeburtenfrequenz von 46,9% (= 98 Frühgeburten) festgestellt, während im Kontrollmaterial bei 14532 gesunden Müttern (nach Dubrausky-Ott) die Häufigkeit der Frühgeburten nur 6,8% (= 992 Frühgeburten) betrug.

Bei der Eklampsie beobachtete man im gleichen Zeitraum bei 241 Fällen 112 Frühgeburten (= 46,4%) gegenüber 6,8% bei 14532 gesunden Gravididen entsprechend den Ergebnissen von Dubrausky-Ott.

VERTEILUNG DER EKLAMPSIEFÄLLE AUF DIE EINZELNEN GEBURTSPHASEN

Tabelle 13

Jahr	Eklamp.Gravid.		Eklamp.sub part.		Eklamp.post part.		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1953	5	62,5	1	12,5	2	25	8	
1954	5	71,4	-	-	2	28,5	7	
1955	5	62,5	-	-	3	37,5	8	
1956	6	75,0	-	-	2	25	8	
1957	2	66,7	1	33,3	-	-	3	
1953-1957	23	67,7	2	5,9	9	26,4	34	

Für die Verteilung der 34 Eklampsien auf Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbetteklampsie in den einzelnen Jahren ergibt sich folgendes: im Jahre 1953 wurden von den insgesamt 8 Eklampsien 5 (62,5%) während der Gravidität, eine (12,5%) unter der Geburt und 2 (25%) während des Wochenbetts beobachtet. Für das Jahr 1954 wurde eine Schwangerschaftseklampsie in 5 (71,4%) und eine Wochenbetteklampsie in 2 (28,5%) bei insgesamt 7 Toxikosefällen festgestellt. 1955 kamen von den 8 Gestosen 5 (62,5%) während der Schwangerschaft und 3 (37,5%) im Wochenbett zum Ausbruch. 6 (75%) Schwangerschaftseklampsien und 2 (25%) Wochenbetteklampsien fanden sich bei einem Beobachtungsgut von 8 an Eklampsie erkrankten Frauen im Jahre 1956. Von den insgesamt 3 Eklampsien im Jahre 1957 wurden 2 (66,7%) während der Gravidität und eine (33,3%) unter der Geburt manifest. Als Summe ergibt sich somit für die Zeit vom 1.1.1953 bis 31.12.1957 bei 34 an unserer Klinik beobachteten Fällen folgende Verteilung: 23 mal (67,7%) brach die Eklampsie während der Schwangerschaft aus, also vor dem Geburtsbeginn. In 2 Fällen (5,9%) kam es unter der Geburt zu eklampsischen Anfällen und bei 9 Patientinnen (26,4%) trat die

Toxikose nach der Geburt, also während der Wochenbettszeit auf. Hieraus ist zu ersehen, daß die Eklampsie in den meisten Fällen besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft zum Ausbruch kam. Danach folgt die Eklampsie post part. und in weitem Abstand die Eklampsie, die unter der Geburt auftrat.

Auch ZWICK (1947-1952) errechnete eine zahlenmäßige Überlegenheit der Schwangerschaftseklampsie gegenüber der Geburts- und Wochenbett-eklampsie von 47,3%. Die Beobachtungen bei GUTH (1919-1942) ergaben eine vermehrte Häufigkeit von 46,5% und bei LIPFERT (1943-1947) von 54,5%.

VERTEILUNG DER EINZELNEN TOXIKOSE-SYMPTOME

Ich möchte hier verzichten, im einzelnen auf die Symptome der Präeklampsie bzw. der Eklampsie einzugehen. Doch möchte ich nicht versäumen, eine kurze Besprechung über ihre Verteilung, der Häufigkeit nach geordnet, während der Gravidität und bei der Aufnahme in unsere Klinik zu geben.

Präeklampsie:

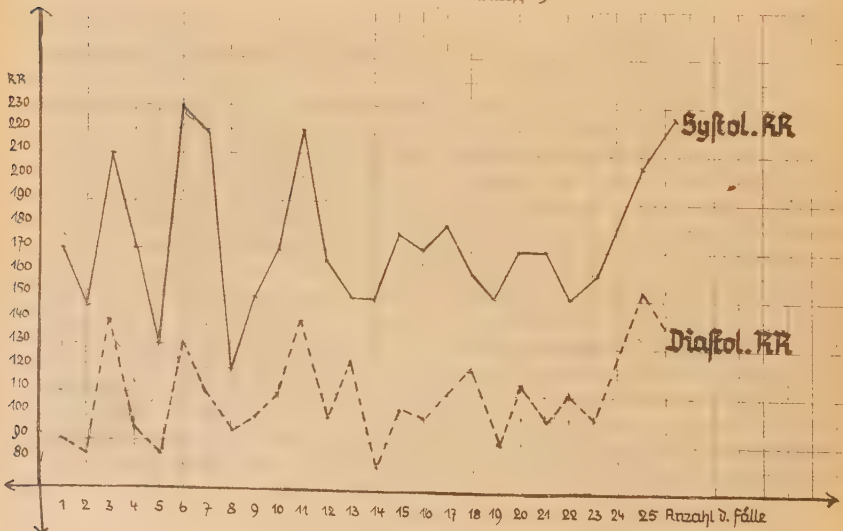
Symptome während der Schwangerschaft:

- a) Ödeme fanden sich in 15 der Fälle vor.
- b) Erbrechen hatten 11 der schwangeren Frauen.
- c) Übelkeitserrscheinungen zeigten 11 der Graviden.
- d) Kopfschmerzen hatten 7 der Kranken zu beklagen
- e) Nierenschmerzen stellten sich in 2 Fällen ein.
- f) Augenflimmern fand sich in 3 Fällen vor.
- g) Schwindel hatten 2 Frauen.
- h) Se einmal fanden sich: Sehstörungen, Magenbeschwerden, Ohrensausen, Retinitis, Parästhesien.
- i) Weiter fanden sich: Fluor, Blutungen, Varizen, Pyelitis, Harnverhaltung, Atembeschwerden, Obstipation, Venenentzündung, Exanthem, Nervenentzündung, stenocardische Beschwerden, chronische Hypertonie und Salivation.

Bei der Aufnahme in unsere Klinik beobachteten wir folgende objektiven Symptome:

- a) Hochdruck über 145 mm HG fand sich bei 20 Präeklampsien.

Abbildung 3



Wie aus der Abbildung 3 zu entnehmen ist, betrug bei unserer präeklampsischen Patientinnen der höchstgemessene systolische Blutdruckwert 230 mm HG und der niedrigste systolische Blutdruckwert 115 mm HG. Es ergab sich ein systolischer Durchschnittswert von 173,25 mm HG. Der maximale Blutdruckwert lag bei 155 mm HG, während das Minimum bei 80 mm HG lag. Als diastolischer Durchschnittswert wurden 111,35 mm HG bestimmt.

- b) Ödeme der unteren Extremität fanden sich 22 mal, Gesichtsoedeme 6 mal, Ödeme der oberen Extremität 4 mal, Papillärödeme 5 mal, Anasarka 2 mal und Vulvaödeme einmal.
- c) Positive Eiweißwerte bei der routinemäßig durchgeführten Urinuntersuchung mit Sulfosalicylsäure ergaben sich bei 21 Gestosen. In 7 Fällen waren Eiweißwerte in Spuren vorhanden.
- d) Urobilinogen in der Kälte war bei 7 Frauen positiv.
- e) Erythrozyten fanden sich im Urin bei 7 Patientinnen.
- f) Erhöhter Reststickstoff (über 35 mg%) fand sich in 8 Fällen
- g) Veränderte Serumbilirubinwerte (über 0,5 mg%) konnten 5 mal nachgewiesen werden.
- h) Granulierte-, hyaline- bzw. Wachszylinder wurden im Urinsediment in 6 Fällen gefunden.
- i) Aceton und Acetessigsäure wurden je einmal gefunden.

An subjektiven Symptomen fanden sich:

- a) Kopfschmerzen in 15 der Fälle
- b) Augenflimmern hatten 9 Präeklampsien
- c) Übelkeit erlitten 4 Frauen
- d) Unruhe wiesen 3 Patientinnen auf
- e) Sehstörungen beklagten 2 Frauen
- f) Benommenheit, Erbrechen, Magenbeschwerden, Ohrensausen, Parästhesien, Singultus und verwaschene Papillen zeigten je eine der erkrankten Frauen.

Eklampsie

Bei unseren 34 beobachteten Eklampsie-Frauen wurde in der Zeit von 1953-1957 folgende Symptomverteilung festgestellt:

Während der Schwangerschaft:

- a) Ödeme (der oberen und der unteren Extremität) hatten 19 Patientinnen
- b) Erbrechen mußten 11 Frauen
- c) Übelkeit beklagten 8 Patientinnen
- d) Schwindel stellte sich bei 5 Gestosen ein.
- e) Magenbeschwerden fanden sich in 3 Fällen
- f) Augenflimmern hatten 2 Patientinnen
- g) Kopfschmerzen, Parästhesien und nervöse Störungen erlitten je eine Patientin
- h) Weiter fanden sich: Kreuzschmerzen, Obstipation, chronische Hypotonie und offene Tbc.

Bei der Klinikaufnahme fanden sich an objektiven Symptomen:

- a) Starke positive Eiweißwerte bei der routinemäßigen Urinuntersuchung mit Sulfosalicylsäure bei 31 Patientinnen; in 5 Fällen waren die Eiweißwerte in Spuren vorhanden
- b) Ödeme bei 28 Eklampsien; hierunter 16 Ödeme der unteren Extremität, 4 der oberen Extremität, 7 Gesichts-, 1 Papillär- und 1 Bauchdeckenödem.
- c) Hochdruck über 145 mm HG stellte sich bei 25 Frauen ein. Der maximale systolische Blutdruckwert betrug, wie aus der schematischen Aufzeichnung Abbildung 4 zu entnehmen ist, 240 mm HG. Das Minimum lag bei 115 mm HG. Die Berechnung der durchschnittlichen systolischen Blutdruckwerte ergab 174,3 mm HG. Der höchste diastolische Wert betrug 140 mm HG. Der niedrigste diastolische Wert war 75 mm HG. Somit ergibt sich ein Durchschnitt für den systolischen Wert von 115,3 mm HG

Abbildung 4



- d) Granulierte-, hyaline- bzw. Wachszylinder der im Urinsediment fanden sich in 19 Fällen
- e) Erythrozyten fanden sich bei 17 Patientinnen im Urinsediment
- f) Erhöhter Reststickstoff (über 35 mg%) wurde in 14 Fällen nachgewiesen.
- g) Urobilinogen in der Kälte war 11 mal positiv.
- h) In je einem Fall zeigten sich: chronische Nephritis, Retinitis eclamptica, Aplatio Retinae, Amaurose, Stauungspapille und plötzliche Erblindung.
- i) Ferner fanden sich: Diabetes, Pyelonephritis, gesteigerte Reflexe, Ikterus, blutiger Liquor und erhöhter Liquordruck.
- j) Veränderte Serumbilirubinwerte (über 0,5 mg%) hatten 6 Frauen

An subjektiven Symptomen fanden sich:

- a) Kopfschmerzen bei 7 Frauen
- b) Benommenheit " 7 "
- c) Augenflimmern " 7 "
- d) Unruhe befiel 6 Patientinnen
- e) Erbrechen mußten 2 Frauen
- f) Magenbeschwerden traten in 2 Fällen auf
- g) Übelkeit und Somnolenz hatten je eine Frau.

Die klinischen Symptome einer ZANGENMEISTER'SCHEN Trias (Proteinurie, Ödeme und Hochdruck) lagen bei unseren 59 beobachteten Fällen von Präeklampsie und Eklampsie an erster Stelle.

DIE BEHANDLUNG DER PRÄEKLAMPSIE UND EKLAMPSIE AN UNSERER KLINIK

I. Art der Entbindung:

Tabelle 14

Entbindungsart	Präeklampsie		Eklampsie	
	Zahl der Fälle	%	Zahl der Fälle	%
Spontan	15	65,2	17	60,7
Forceps	4	17,4	7	25
Sektio	4	17,4	4	14,3

Wie aus Tabelle 14 zu ersehen ist, kam es bei der Präeklampsie in 15 Fällen (65,2%) zu einer Spontangeburt. Bei 4 Entbindungen (17,4%) mußte ein Forceps durchgeführt werden. Alle 4 Zangengeburt wurden in Chloräthyläthernarkose vorgenommen. Viermal (17,4%) war eine Sektio notwendig. In 12 Fällen wurde zur Unterstützung der Wehentätigkeit Orasthin verabreicht.

Bei der Eklampsie wurden 17 (60,7%) der Frauen spontan entbunden. In 7 Fällen (25%) mußte eine Zange angelegt werden. Unter diesen 7 Forcepsgeburten war eine Zwillingschwangerschaft, bei der 2 mal eine Zange angelegt wurde. Eine Sektio mußte in 4 Fällen vorgenommen werden. Zur Unterstützung der Wehentätigkeit verabreichte man 5 Patientinnen Orasthin.

II. Allgemeine medikamentöse Therapie der Präeklampsie und Eklampsie.

Wie eingangs erwähnt, tendiert die Therapie der Präeklampsie und Eklampsie an der Universitätsfrauenklinik Würzburg zu einem möglichst konservativen Verhalten.

Im folgenden sei nun die Medikation, die bei unseren Präeklampsien und Eklampsien zur Anwendung kam, aufgezählt:

Präeklampsie

- Bei strenger Bettruhe unter genauer Kontrolle des Wasserhaushaltes wurde in 12 Fällen eine strenge Nierendiät durchgeführt. Die salzlose Mischkost wurde durch Obst-, Honig-, Saft-, Reis- und Hungertage unterbrochen.
- Unophyllin erhielten 21 Frauen als harntreibenden Zusatz zum Traubenzucker. Nach dieser Applikation kam es zu einer blutdrucksenkung und Entwässerung des Organismus.
- Traubenzucker (40%ig) intravenös verabreicht wurde in 16 Fällen; Lävosan in 3 Fällen.
- Berolase kam bei 11 Präeklampsien zur Anwendung. Man gibt dieses Medikament zusätzlich zur Glukoselösung, um deren An- und Abbau zu fördern.
- Als sedierende Mittel wurden anstelle des Morphiums Dolantin, das frei von Diuresehemmung ist, bei 11 Gestosen, Luminal in 5 Fällen und Dilauid in 3 Fällen gegeben.
- Bei 25 Toxikosen verabreichte man Vitaminkombinationen. Vitamin C erhielten 13 Frauen, Vitamin B 11 Frauen und Vitamin K eine Frau.
- Obst- und Fruchtsäfte (Zitronen-, Apfel- und Orangensaft) reichte man 6 Patientinnen.
- Sauerstoffbeatmung kam 2 mal zur Anwendung.
- Antibiotische Schutzmaßnahmen mußten in 8 Fällen ergriffen werden. Dabei wurde 4 mal Hostmycin und je einmal Penicillin und Supracillin verabreicht.
- Hypotensive Therapie wurde in 7 Fällen mit Serpasil durchgeführt. Bei je 4 Patientinnen kamen Nepresol und Pendiomid zur Anwendung. Hydergin und Veraloid wurden je 2 mal verabreicht.
- Megaphen wurde 2 mal und Atosil einmal gegeben.
- Zur Unterstützung des Kreislaufes wurden je einmal gegeben: Strophanthin, Cordalin, Lobelin und Coramin.

m) Spasmolytica kamen in 4 Fällen, Plasma in 2 Fällen, Subsido und Hepatisan in je einem Fall zur Anwendung.

Eklampsie

Nach Beendigung des Comas, währenddessen eine Nahrungszufuhr unmöglich ist, wurde eine salzfreie Diät mit anfänglichen Gaben von frischgepressten Fruchtsäften mit Traubenzuckerzusatz aufgebaut, die sich später den bei der Präeklampsie geschilderten Vorschriften angeschlossen.

- a) Das modifizierte Rißmann-Schema kam bei 23 Eklampsien zur Anwendung (Dolantin und Luminal im Wechsel).
- b) Traubenzucker (40%ig) in Mengen zwischen 50-100 g wurde in 30 Fällen intravenös verabreicht; Lävosan wurde bei 11 Frauen gegeben. Zusätzliche Berolaseanwendung erfolgte 21 mal.
- c) Als Substanz mit Diureseeffekt kam Unophyllin 40 mal zur Applikation; einmal Cordalin, 8 mal Periston-N, 2 mal DHT.
- d) Isolierte Dolantingaben erhielten 31 Patientinnen. Luminal wurde 27 mal, Magnesiumsulfat 13 mal und Dilaudid 3 mal gegeben.
- e) An Vitaminen verabreichte man Vitamin C in 23 Fällen, Vitamin B in 21 Fällen und Vitamin K in 3 Fällen.
- f) Frischgepresste Obstsäfte (Zitronen-, Apfel- und Orangensaft) reichte man 23 Patientinnen.
- g) Sauerstoffbeatmung wurde 7 mal durchgeführt.
- h) Antibiotische Schutzmaßnahmen ergriff man 10 mal, wobei je einmal Penicillin, Terramycin und Hostamycin gegeben wurde; 2 mal Supracillin und einmal Pulmo 500.
- i) Serpasil kam in 5 Fällen, Nepresol in 3 Fällen, Pendiomid in 8 Fällen und Veraloid in 2 Fällen zur Anwendung.
- j) Megaphen gelangte bei 3 Frauen und die Kombination von Megaphen und Atosil bei 4 Patientinnen zur Applikation.
- k) Zur Herz- und Kreislaufstützung wurden gegeben: in 3 der Fälle Digitoxin, 5 mal Strophantin, 2 mal Effortil und je einmal Sympatol und Kampfer.
- l) Spasmolytica erhielten 9 Patientinnen, Hämocoavit 4 Frauen, Plasma 3 Fälle und eine Patientin Thiomedon (Leberschutztherapie).

III. Hypotensiv-sedative Therapie.

- a) Megaphen kam bei unseren 59 Toxikosefällen 11 mal zur Anwendung. Von diesen 11 Fällen entfallen 2 auf die Präeklampsie und 9 auf die Eklampsie. In 9 der 11 Toxikosefälle wurden Blutdruckkurven angelegt. Aus ihnen war zu entnehmen, daß nach Applikation von Megaphen der Blutdruck sank, was jedoch nur von kurzer Dauer zu sein schien. Um genaue Angaben über den Einfluß des Megaphen auf den Blutdruck machen zu können, scheint mir die Zahl dieser 11 beobachteten und mit Megaphen behandelten Fälle zu gering.
- b) Seit drei Jahren führen wir an unserer Klinik folgende konservative Therapie durch: bei Toxikosepatientinnen, die eine parenteral genau dosierte Therapie benötigen, nehmen wir eine kombinierte, sedativ-hypotensive Behandlung vor, der im Bedarfsfall dehydrierende Maßnahmen eingefügt werden.
Nach Aufnahme einer eklamptischen Patientin wurde ein durch Dolantin modifiziertes Stroganoff-Rißmann-Schema begonnen. Gleichzeitig applizierten wir intramuskulär in Abständen von 15 bis 30 Minuten jeweils 1 mg Serpasil (bis zu 6-8 mg pro Tag) und 2,5 mg Nepresol bis zum Eintritt der gewünschten Blutdrucksenkung; die bei diesem Vorgehen in etwa 2 Stunden zu erwarten ist und durch das Auftreten einer Tachycardie angekündigt wird. Wir haben uns bewußt im Gegensatz zu der Arbeit von WIMHÖFER und PFAU an kleine, aber konsequent verabfolgte Serpasilgaben gehalten und dieses Verfahren auch für Nepresol beibehalten, entsprechend der Ausführung von LANZ, HOCHULI, die nur bei einschleichender Medikation eine optimale Nierendurchblutung erzielen konnten. Nach Eintritt der Blutdrucksenkung ist für mehrere Tage eine Weiterbehandlung mit reduzierten Dosen erforderlich.

ENTLASSUNGEN

Präeklampsie

Unsere 25 präeklampsischen Frauen wurden wie folgt entlassen:

Am 7. Tag post part. 2 Patientinnen

8.	1
9.	1
11.	2
12.	1
13.	1
15.	4
16.	3
17.	1
18.	2
19.	1
20.	2
22.	1
24.	1
28.	1
Üb.30 Tage	1

Von diesen Toxikosefällen wurden 17 Frauen als gebessert, 3 Patientinnen gegen Revers (bei einer Frau bestanden Zeichen eines ausgesprochenen Ikterus) entlassen. Zur Verlegung in die Med.-Klinik kamen 5 Frauen (bei allen bestand eine ausgesprochene Albuminurie, 2 Patientinnen hatten zusätzlich eine Hypertonie und eine ein peripapilläres Ödem).
Ad exitum kam keine Frau.

Eklampsie

Von den 34 an unserer Klinik beobachteten eklampsischen Frauen konnten nach einer Therapie mit den bereits beschriebenen Medikamenten die Patientinnen wie folgt entlassen werden:

Am 2. Tag post part. 2 Frauen (kamen ad exitum)

5.	1
9.	1
10.	1
11.	4
12.	1
14.	2
15.	1
17.	2
18.	2
22.	1
23.	1
24.	1
25.	2
26.	4
28.	1
29.	1
32.und darüber	4

(kam ad exitum)

Von diesen 34 Eklampsiepatientinnen wurden 21 als gebessert, 8 Frauen gegen Revers (bei 2 von ihnen bestand eine ausgesprochene Proteinurie) entlassen. 2 Patientinnen mußten wegen Albuminurie und Verdacht auf chronischen Nierenschaden in die Med.-Klinik verlegt werden. 3 Patientinnen starben (2 am zweiten und eine am 5. Tag) infolge Kreislauf-, Herzversagen, Lungenödem und akuter Atemlähmung.

Bei 2 Patientinnen war der Entlassungstermin nicht genau zu klären.

OBDUKTIONSBEFUNDE

Von den drei verstorbenen eklampsischen Frauen kam eine zur Obduktion. Bei den beiden anderen Patientinnen wurde die Obduktion verweigert. Bei dem obduzierten Fall wurde die klinische Diagnose durch den Obduktionsbefund bestätigt. Es ergaben sich die für die Eklampsie typischen pathologisch-anatomischen Veränderungen, wie hämorrhagische Nekrosen und Verfettung der Leber, Eklampsieniere, Hirnschwellung, Dilatation der Herzkammern, massives Lungenödem und Lungenemphysem, akute Trachiobronchitis.

D. ZUSAMMENFASSUNG.

=====

1. An der Universitätsfrauenklinik Würzburg konnten im Zeitraum vom 1.1.1953 bis 31.12.1957 25 Präeklampsien (0,3%) und 34 Eklampsien (0,4%) bei einer Gesamtgeburtenzahl von 7 698 beobachtet werden.
2. Die Mehrzahl unserer 25 Präeklampsie- und 34 Eklampsiepatientinnen standen im dritten Lebensjahrzehnt.
3. Eine große Beteiligung von Erstgebärenden bei 13 Fällen (52%) der Präeklampsie und 23 Fällen (67,7%) bei der Eklampsie konnte festgestellt werden.
4. Während der Sommermonate, besonders im Juni, war an unserer Klinik die Toxikosehäufigkeit am größten.
5. In 2 Fällen (8,7%) wurde bei der Präeklampsie und in 3 Fällen (10,7%) bei der Eklampsie eine Zwillingsgeburt beobachtet.
6. Die kindliche Mortalität belief sich bei unseren 23 Präeklampsien auf 6 Fälle (24%) und bei den 28 eklamptischen Frauen kamen 11 Kinder (34,4%) ad exitum.
7. Die mütterliche Mortalität betrug bei den 34 beobachteten Eklampsiefällen 3 (8,3%). Bei der Präeklampsie war kein Todesfall zu verzeichnen.
8. Im Zeitraum von 1953 bis 1957 betrug das durchschnittliche Geburtsgewicht der 14 reifen Kinder präeklamptischer Mütter 3219 g und lag somit um 106 g niedriger als das der reifen Kinder gesunder Mütter, wie es im Kontrollmaterial nach Dubrausky-Ott zur Verfügung stand. Beim Vergleich der durchschnittlichen Geburtsgewichte der 12 reifen Kinder eklamptischer Mütter lag das Gewicht um 161 g niedriger als bei den Kindern gesunder Mütter.
9. Die Häufigkeit der Frühgeburten betrug bei unseren 23 präeklampsischen Frauen 11 (47,8%) und bei den 28 Eklampsien 21 (75%).
10. Bei 23 Fällen (67,7%) brach die Eklampsie während der letzten Schwangerschaftsmonate, bei 2 Frauen (5,9%) unter der Geburt und bei 9 Patientinnen (26,4%) während des Wochenbettes aus.
11. Die an unserer Klinik in der Zeit von 1953 bis 1957 erzielten guten Erfolge in der Präeklampsie- und Eklampsiebehandlung dürften wohl maßgeblich auf die "THERAPIE DER MITTLEREN LINIE" zurückzuführen sein. Über die Erfolge der neueingeführten "KONSERVATIVEN THERAPIE" kann aufgrund der noch zu wenigen beobachteten Fälle bislang keine gültige Aussage gemacht werden. Jedoch scheint die "KONSERVATIVE THERAPIE" mit den neuen hypotensiv und sedativ wirkenden Pharmaka ein weiterer Fortschritt in der Behandlung der Präeklampsie und Eklampsie zu sein.

E. FOLGERUNGEN BEZÜGLICH DER THERAPIE

=====

Bis heute steht uns noch kein geeignetes Mittel zur Verfügung, um eine bereits ausgebrochene Eklampsie mit Bestimmtheit ausheilen zu können. Was wir zu ihrer Verhütung tun können, ist eine gründliche Schwangerenberatung, worauf schon in dem Kapitel "Zahl der Toxikose-Frauen, die in unsere Schwangerenberatung kamen" eingegangen wurde.

Zum Schluß der Arbeit möchte ich es nicht versäumen,
Herrn Professor Dr. B u r g e r für die freundliche Über-
lassung des Themas herzlichen Dank zu sagen.

Mein Dank gilt auch Herrn Oberarzt Privatdozent
Dr. N e u h a u s und Herrn Dr. P ö s c h e l für die
gütige Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Arcadio, Sandez-Lopez, Gomez-Herrera, Lopez-Pina. Obstetr. Gynecol. (Madrid) Tocoginecol. pract. 13, 239 (1954)
2. Angel, H.W., Kinderärztl. Praxis 22, 198 (1954)
3. Anzisi, G., Arch. ostetr. 58, 445 (1953)
4. Austin J., Bull. Federat. Soc. Gynec. et Obstetr. 5, 30 (1953)
5. Baccaglini G., Acta. anaesth. (Padova) 4, 289 (1953)
6. Berwind Th., Tbl. Gynäk. 75, 808 (1953)
7. Berlab M., Münch. Med. Wochenschr. 1225 (1953)
8. Boschmann H.W., Arch. Gynäk. 186, 187 (1955)
9. Bryant R.D., Congr. internat. de Gynec. et d'Obstetr. Genève 834 (1954)
10. Bryce R., Smith, Williams E. Lancet. I, 1241 (1955)
11. Burger K., Lehrb. d. Geburtshilfe, 332 (1950)
12. Candiani G.B., Riv. Obstetr. (Firenze) 8, 853 (1953)
13. Chapman E.R., Strozier W.E., Magee R.A.: Am. J. Obstetr. 68, 1109 (1954)
14. Chesley L.C., Cosgrove R.A.: Obstetr. a. Gynecol. 4, 165 (1954)
15. Chosson J., Serment H., Deturmeny, Jugy: Bull. Federat. Soc. Gynec. et Obstetr. 69, 61 (1955)
16. Conrad G., Am. J. Obstetr. 66, 1031 (1953)
17. Cox L.W., Chalmers T.A.: J. Obstetr. (Altrincham) N.S. 60, 214 (1953)
18. Dubrausky V. u. Ott, Gebh. u. Frauenkli. 7/8, 376 (1948)
19. Dawson B.J., Obstetr. (Altrincham) N.S. 60, 80 (1953)
20. D'Elia O., Riv. Ostetr. (Milano) 35, 201 (1953)
21. Decio C., Ross. clin. sci. 29 (1953) S. 307
Tohogynecol. Pract. 13, 643 (1954)
22. De Alvarez R.R., Obstetr. a. Gynecol. 6, 55 (1955)
23. Dekanie-Milesevic, Marinkov S. Gynec. et Obstetr. 54, 218 (1955)
24. Dibbelt C., Profitlich H. Z. Geburtshilfe, 140, 77 (1953)
25. Douglas W., Canada med. Assoc. J. 69, 254 (1953)
26. Esteran J., Herero: Clin. y Laborat. 57, 343 (1954)
27. Fauvet E., Arch. Gynäk. 186, 149 (1955)
28. Farragi A., Bull. Federat. Soc. Gynec. et Obstetr. 5, 427 (1953)
Congr. internat. gynecol. et Obstetr. 905, Genève (1954)
29. Fazekas G.J., Jakobovits A.: Magyar Noorvosok Lapja 17, 299 (1954)
30. Feola, M., Arch. Ostetr. 58, 264 (1953)
31. Fennemann A., Wolf G.: Arch. Gynäk. 186, 192 (1955)
32. Friedmann D.D., Am. J. Obstetr. 65, 1293 (1953)
33. Garber S.T., West. J. Surg. etc. 63, 201 (1955)
34. Gavioli R.L., Mede M.: Prensa med. argent. 3318 (1953)
35. Gebbia G., Giorn Ostetr. 17, 249 (1953)
36. Geiger H., Münch. med. Wochenschr. 1387 (1955)
Ärztl. Forschg. 7, 1/253 (1953)
37. Gosende C., Shocran J. Obstetr. y Gynecol. Lat. Americ. 11, 102 (1953)
38. Göpfert: Die Behandl. a. d. Univ. Fr.-Klinik Würzburg, Diss. Wzbg. 1934
39. Grasst J., Laborit H., Malinas V., Gauthier R. Gregoir: Bull. Federat. Soc. Gynec. et Obstetr. 5, 89 (1953)
40. Grauert H., Münch. med. Wochenschr. 719 (1954)
41. Grützer A., Klees E.: Gynaecologie (Basel) 139, 77 (1955)
42. Guth J.: Die Behandlung der Prä-u. Eklampsie, Diss. Würzburg 1944
43. Hester L.L. jr., Smith A.E., Wilson L.A.: Am. J. Obstetr. 68, 510 (1954)
44. Hellwig, K., Arch. Gynäk. 186, 241 (1955)
45. Hoegen W., Die Medizinische, 1610 (1954)
46. Hofbauer J., Am. J. Obstetr. 71, 255 (1956)
47. Hutchinson D.L., Plenti A.A.: Am. J. Obstetr. 66, 891 (1953)
48. Ingerslev M., Ugeskr. Laeg. 273 (1953)
49. Joo Sh.: Tohoku Jg. Z. 49, 193 (1954)
50. Jones O.V., J. Obstetr. (Altrincham) N.S. 60, 259 (1953)
51. Kotasch A., Praxis (Bern) 1089 (1954)
52. Kramer H., Zbl. Gynäk. 76, 142 (1954)
53. Krupp P.J., Farrirs Ch., Dierce U.F., Jakobs A.: Am. J. Obstetr. 68, 1118 (1954)
54. Landesmann R., Douglas R.G., Holze E.: Am. J. Obstetr. 68, 170 (1954)
55. Ledermair O., 8. Österr. Ärztetag Salzburg 1954, Wien 1955, 180

56. Lemerre L., Roussel Le Guen J.C.: Rev. franc. Gynec. 50, 224 (1955)
57. Leone U., Quad. Clin. obstetr. 9, 179 (1954)
58. LeGoff: Bull. Federat. Soc. Gynec. et Obstetr. 7, 15 (1955)
59. Louros N.C., Hatji E., Kaskarelis D., Marondis D., Gouscos A.:
Gynec. et Obstetr. 54, 209 (1955)
60. Madalin H.E., Am. J. Obstetr. 68, 1584 (1954)
61. Marziale: Clin. Obstetr. gynecol. 55, 338 (1953)
62. Mastboom J.L., Nederl. Tijdschr. Geneek. 1250 (1953)
63. Maurizio E., Minerva Med. (Torino) 1, 517 (1953)
64. Menon M.K.K.: J. Obstetr. (Altrincham) N.S. 60, 710 (1953)
J. Obstetr. (Lond.) N.S. 62 (1955) S283
65. Mc'Call M.L., Geneve 839 (1954)
66. Moracci E., Obstetr. a. Gynecol. Lat. Americ. 12, 539 (1954)
67. Morris U., Lancet I, 322 (1953)
68. Morris W.J.C., J. Obstetr. (Lond.) N.S. 61, 339 (1954)
69. Nogueira: Acta a Gynaec. et obstetr. Hisp.-Cusit. 4, 16 (1955)
70. Ottolenghi-Preti G.F., Am. J. Obstetr. 77, 292 (1955)
71. Pechar A., Cechoslov Gynaecol. 19, 179 (1954)
72. Pezzoli C., Riv. Obstetr. (Milano) 36, 497 (1954)
73. Pigeaud H., Gonnert R., Bené, Gabriel H., Bull. Fédérat. Soc.
Gynec. et Obstetr. 5, 179 (1953)
74. Priddle H.D., Braden G., Am. J. Obstetr. 65, 189 (1953)
75. Pritchard J.A., Obstetr. a. Gynecol. 4, 159 (1954)
76. Rauramo L., Leikkola A.: Asta obstetr. 34, 286 (1955)
77. Reich E., Die Medizinische 414 (1955)
78. Reinberger J.R., Mackey W.F.: Am. J. Obstetr. 69, 1167 (1955)
79. Richter H.R., Wenner R.: Gynaecologie (Basel) 136, 269 (1953)
80. Rouchy R., Bull. Federat. Soc. Gynec. et Obstetr. 6, 100 (1954)
81. Rockenschaub A., J. Obstetr. (Altrincham) 60, 398 (1953)
82. Ruck C.J., Arch. Gynäk. 186, 195 (1955)
83. Salabon W., Wiener Med. Wochenschr. 931 (1954)
84. Salzmann K.D., Lancet. II, 953 (1955)
85. Sauter H., Schweiz. Med. Wochenschr. 842 (1954)
86. Senéze J., Rev. Practicien 2171 (1955)
87. Seemla J., Fouquet L., Bull. Federat. Soc. Gynaec. Obstetr. 5, 66 (1953)
88. Schroeder C., Arch. gynäk. 186, 171 (1955)
89. Sophian J.: J. Obstetr. (Lond.) N.S. 62, 37 (1955)
90. Szirmak G., Horvath B., Magy. Nőorvosok Lapja 17, 257 (1954)
91. Snow R.H., Bruns P.D., Drose V.E.: Am. J. Obstetr. 70, 302 (1955)
92. Soiva K., Parviainen S.: Acta endocrinal (Kopenh.) 20, 161 (1955)
93. Suzuki T., J. Jap. Obstetr. y. Gynecol. Soc. (Engl. Ed.) 2, 127 (1955)
94. Smith G.V., Smith O.W., Reid D.E., Roly C.C.: Obstetr. a. Gynecol.
1, 302 (1953)
95. Tannheimer: Die Eklampsiefälle a.d. Univ. Fr.-Klinik Wzbg.,
Inaug. Diss. 1909, Würzburg
96. Taymergen H.S., Med. Wochenschr. 9, 152 (1955)
97. Taylor H.C. jr., Tillmann A.J.B., Bianchard J.: Obstetr. a. Gynecol.
3, 225 (1954)
98. Theobald G.W., Brit. Med. J. 4807, 422 (1953)
99. Ugletti M., Minerva Gynecol. (Torino) 6, 97 (1954)
100. Vlyssides Z., Tarlatzis C., Cazlaris E.: Gynec. et Obstetr. 54, 69
(1955)
101. Wilke G., Klees E., Moschel R.: Dtsch. Z. Nervenheilkunde 172, 377 (1955)
102. Wilbrand U., Klin. Wochenschr. 303 (1954)
103. Wimböfer H.: Arch. Gynäk. 186, 124 (1955)
104. Wimböfer u. Pfau P., Geburtsh. u. Fr. Hlk. 15, 769 (1955)
105. Zielinski T., Ginek. polska 24, 351 (1953) Ginek. polska 25, 207 (1954)
106. Zumsteeg G., Ergebnisse der Eklampsiebehandlung, Inaug. Diss.,
Würzburg 1941
107. Zwick: Präeklampsie und Eklampsie a.d. Univ. Fr.-Kl. Würzburg
Inaug. Diss. 1952, Wzbg.
108. Pschyrembel, W., Praktische Geburtshilfe, 4. Aufl., 619

LEBENS LAUF

Meine Heimatstadt ist Würzburg am Main. Ich wurde dort am 21. Juni 1930 als Sohn des Hauptlehrers Carl-Hanns Lick und seiner Ehefrau Margarete geb. Bauer geboren. Ich habe noch drei jüngere Geschwister. Mein Vater starb 1935. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule von 1937 - 1941 trat ich in das Realgymnasium in Würzburg ein, das ich bis zur Zerstörung meiner Heimatstadt im Jahre 1945 besuchte. Von 1946 bis 1951 war ich Schüler der Städtischen Oberrealschule in Marktbreit am Main. 1951 legte ich die Reifeprüfung am Realgymnasium in Würzburg ab. Im Wintersemester 1951/52 begann ich mein Medizinstudium an der Universität Würzburg. 1954 nahm ich das Studium der Psychologie und Philosophie auf. 1955 legte ich die Ärztliche Vorprüfung ab. Mein Medizinstudium beendete ich im Herbst 1958 mit dem Medizinischen Staatsexamen. Seither bin ich als Medizinal-Assistent am Städtischen Krankenhaus in Windsheim/Mfr. tätig.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Carl Dietrich Lick.

